

Univerzita Karlova v Praze

Filosofická fakulta

katedra pedagogiky

Diplomová práce

Martina Fördösová

**Úroveň kognitivních schopností klientů v Domově pro
seniory Zahradní Město**

**Level of cognitive capabilities of clients in Seniors' House
in Zahradní Město**

2009

vedoucí práce: Doc. PhDr. Věra Poláčková, CSc.

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Doc. PhDr. Věře Poláčkové CSc. za cenné připomínky, odborné rady, korekce mé diplomové práce a čas, který mi věnovala. Dále patří můj dík pracovníkům Domova pro seniory Zahradní Město, zvláště Mgr. Marcele Bartalošové, za pomoc při psaní této práce. Děkuji také svým nejbližším za podporu, kterou mi po celou dobu studia poskytovali.

Prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V dne podpis.....

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá problematikou úrovně kognitivních schopností klientů v Domově pro seniory Zahradní Město. Jejím cílem je zmapovat poznávací schopnosti klientů v konkrétním zařízení, nastítn možnosti jejich udržení v zájmu zachování soběstačnosti a navrhnout opatření, která by pomohla zkvalitnit péči o klienty z hlediska podpory těchto schopností. V celé práci je zdůrazněna nezbytnost individuálního přístupu a nutnost vzájemné výměny informací mezi všemi, kteří o klienta pečují.

Teoretická část shrnuje poznatky týkající se stáří, změn ve stáří a kognitivních schopností u seniorů. Dále se zabývá problematikou poruch těchto schopností (mírná kognitivní porucha a onemocnění demence) a uvádí možnosti jejich hodnocení, trénování, rozvoje, podpory a rehabilitace.

Empirická část práce se zaměřuje konkrétně na Domov pro seniory Zahradní Město. Popisuje činnosti a aktivity, které seniorům zařízení nabízí pro podporu jejich kognitivních schopností, a z tohoto hlediska jsou následně uvedena některá doporučení. Práci doplňují kasuistiky uvedené v příloze. Text může sloužit jako pomůcka pro zkvalitnění péče o klienty v Domově pro seniory Zahradní Město.

Klíčová slova: kognitivní schopnosti, klient, domov pro seniory, stáří, onemocnění demence, hodnocení kognitivních schopností, trénování kognitivních schopností, rehabilitace, aktivizace, péče

Anotation

This Diploma Thesis is concerned with the issue of level of cognitive capabilities of clients in Seniors' House in Zahradní Město. Its aim of this work is to map recognition capabilities of clients in the real facility, to outline possibilities of their maintenance in the interest of preservation of autarchy and to propose measures, which could help to improve quality of care of clients from the point of view of support of these capabilities. Necessity of individual attempt to each client and the must of mutual exchange of information among all persons looking after clients are emphasized in the whole work.

Theoretical part summarizes knowledge concerning old age, changes in old age and cognitive capabilities of seniors. Next is concerned with the issue of deficiencies of cognitive capabilities (moderate cognitive deficiency and dementia disease) and shows to possibilities of their evaluation, training, development, support and physiotherapy.

Empirical part of the work is focused specifically on environment in Seniors' House in Zahradní Město. It describes actions and activities offered to seniors by the establishment for support of their cognitive capabilities, and from this point of view it shows some recommendations. Work is completed with case reports shown in the Appendix. The text may serve as a tool for high-quality care for clients in Seniors' House in Zahradní Město.

Key words: cognitive capabilities, client, Seniors' House, old age, dementia disease, evaluation of cognitive capabilities, training of cognitive capabilities, physiotherapy, activation, care

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 STÁŘÍ	12
1.1 Vývojová etapa stáří	12
1.2 Změny ve stáří.....	13
1.2.1 Biologické změny.....	14
1.2.2 Psychické změny.....	15
1.2.3 Sociální změny.....	16
1.3 Potřeby člověka ve stáří	16
1.4 Pobyt klienta v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem	18
2 KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI U SENIORŮ	21
2.1 Kognitivní schopnosti obecně	21
2.2 Kognitivní schopnosti ve stáří.....	21
2.2.1 Vnímání.....	23
2.3.2 Paměť a učení.....	25
2.3.3 Představy	27
2.3.4 Pozornost.....	28
2.3.5 Myšlení.....	29
2.3.6 Inteligence	30
2.3.7 Orientace	31
2.3.8 Jazyk a řeč	32
3 PORUCHY KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ VE STÁŘÍ.....	33
3.1 Mírná kognitivní porucha	33
3.2 Onemocnění demence	34
3.2.1 Základní údaje	34
3.3.2 Obecná charakteristika onemocnění demence	35
3.3.3 Základní typologie onemocnění demence.....	36
3.3.4 Stupně demence	37
3.4 Kognitivní schopnosti u lidí s onemocněním demence	38

4 HODNOCENÍ KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ VE STÁŘÍ.....	44
4.1 Hodnocení poruch kognitivních schopností	44
4.1.1 Příklady testů užívaných při podezření na poruchu kognitivních schopností.....	46
4.1.2 Soustavné hodnocení kognitivních schopností	48
5 MOŽNOSTI ROZVOJE, UDRŽENÍ A PODPORY KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ VE STÁŘÍ.....	50
5.1 Vzdělávání seniorů.....	51
5.2 Trénování kognitivních schopností u seniorů	52
5.2.1 Možnosti trénování kognitivních schopností u klientů v domově pro seniory	53
5.3 Možnosti podpory kognitivních schopností u seniorů s poruchou kognitivních funkcí	54
5.3.1 Kognitivní rehabilitace.....	56
5.3.2 Orientace v realitě	57
5.3.3 Reminiscenční terapie	58
5.3.4 Další možnosti podpory kognitivních schopností u seniorů s poruchou kognitivních funkcí.....	59
6 EMPIRICKÁ ČÁST- PODPORA KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ KLIENTŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY ZAHRADNÍ MĚSTO	62
6.1 Domov pro seniory Zahradní Město- obecné informace o zařízení	62
6.1.1 Poslání Domova pro seniory Zahradní Město.....	64
6.1.2 Cílová skupina.....	64
6.1.3 Příjem klienta	65
6.2. Metody práce s klienty	66
6.2.1 Aktivizační pracovník	66
6.3 Metody práce s klienty z hlediska rozvoje, udržení a podpory jejich kognitivních schopností v Domově pro seniory Zahradní Město	67
6.3.1 Kasuistiky klientů Domova pro seniory.....	68
6.3.2 Vybrané skupinové aktivity v zařízení týkající se podpory kognitivních schopností klientů.....	69
6.3.3 Vybrané individuální aktivity v zařízení týkající se podpory kognitivních schopností klientů.....	74

6.3.4 Prvky reminiscence využívané v Domově pro seniory Zahradní Město	76
7 SHRUTÍ.....	77
ZÁVĚR	81
SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Kognitivní schopnosti mají nezastupitelný význam v životě člověka. Umožňují vnímat a poznávat svět kolem nás a sama sebe. Vzájemným působením mnoha činitelů se v průběhu života člověka mění, výjimkou není ani období stáří člověka. Význam této problematiky se dále zvyšuje u lidí s onemocněním demence.

Myšlenka zabývat se úrovní kognitivních schopností klientů v Domově pro seniory Zahradní Město vyvstala z několika důvodů.

Hlavní příčinou zvolení tohoto tématu je moje profesní zaměření, neboť pracuji jako aktivizační pracovník v Domově pro seniory Zahradní Město v Praze. Jedná se o zařízení, které má registrováno dvě sociální služby- domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. To znamená, že poskytuje pobytové služby jak seniorům z důvodů zhoršené soběstačnosti, tak seniorům s poruchami kognitivních schopností (především s onemocněním demence). Právě každodenní kontakt, vedení aktivizačních činností a práce s klienty v obou typech sociální služby mě inspirovalo ke zpracování zvoleného tématu. Věřím, že porozumění této problematice by mohlo přispět ke kvalitnější, tvořivější a odbornější práci aktivizačních pracovníků a všech, kteří o klienta pečují.

Dalším důvodem pro napsání této práce je v současné době velká aktuálnost oblasti stáří a kognitivních poruch. To souvisí jak s demografickou situací (stárnutí populace), tak se vzrůstajícím počtem lidí se syndromem demence, přičemž ve stáří riziko vzniku tohoto onemocnění vzrůstá. Alarmující pro mě při získávání podkladů pro tuto práci byly konkrétní statistické údaje, které uvádějí, že v ČR žije cca 105 tisíc lidí s onemocněním demence a do roku 2050 se odhaduje zvýšení počtu lidí s tímto onemocněním na 225 tisíc¹.

Cílem mé diplomové práce je zmapovat problematiku úrovně kognitivních schopností v Domově pro seniory Zahradní Město, nastínit možnosti jejich udržení v zájmu zachování soběstačnosti a přiměřené míry kvality života klientů. Součástí práce bude empirická studie zaměřená na nabídku a popis činností a opatření z oblasti kognitivních funkcí, které jsou pro klienty v Domově pro seniory Zahradní Město k dispozici. Podrobněji se budu zabývat problematikou poruch kognitivních schopností, jejich trénováním a rehabilitací.

¹ srovnej: Francie přijala v loňském roce : Plán Alzheimer. *Vážka*. 2009, roč. 1, č. 1, s. 3

Záměrem práce je dále uvedení doporučení a návrhů, které by mohly zmíněné aktivity a opatření pro podporu kognitivních schopností v Domově pro seniory Zahradní Město rozšířit. Tento návrh by mohl sloužit v praxi jako pomůcka pro zkvalitnění péče o klienty v našem zařízení.

V první části práce vymezím životní etapu stáří, změny, které toto období přináší, a potřeby člověka ve stáří. Budu se zamýšlet nad tím, co pro seniory představuje z hlediska kognitivních schopností pobyt v domově pro seniory, a jaké faktory na ně v této souvislosti působí.

Ve druhé části budu věnovat pozornost problematice kognitivních schopností ve stáří, jednotlivé poznávací schopnosti popíši s důrazem na jejich změny v období stáří a působící faktory.

Vzhledem k tomu, že ve stáří stoupá riziko vzniku poruch těchto funkcí, bude na tuto oblast zaměřena další kapitola práce. Nejprve uvedu základní terminologii, vysvětlím pojmy mírná kognitivní porucha a demence, a poté se zamyslím se nad tím, jak jsou kognitivní schopnosti postiženy u klientů s onemocněním demence.

Následující kapitolu věnuji problematice hodnocení kognitivních funkcí, které je nezbytné pro prevenci, ovlivnění průběhu a zpomalení případné progrese onemocnění. Pokusím se uvést základní testovací baterie a diagnostická kritéria a nabídnout některé možnosti hodnocení kognitivních schopností, které by byly vhodné jako pomůcka pro práci s klienty v Domově pro seniory Zahradní Město.

V páté kapitole nastíním možnosti trénování, zlepšení, udržení a rehabilitace kognitivních schopností u seniorů v obou typech sociální služby.

Empirická část práce bude věnována konkrétně Domovu pro seniory Zahradní Město. Nejprve stručně zařízení popíši a následně uvedu činnosti a aktivity, které klientům Domov pro seniory Zahradní Město nabízí pro podporu jejich kognitivních schopností. Kapitolu doplním několika kasuistikami, které budou na tyto schopnosti zaměřeny a doloží získané informace.

Na závěr se pokusím uvést návrhy a případná doporučení pro zlepšení péče o klienty z hlediska podpory jejich kognitivních schopností.

Oblast problematiky stáří a stárnutí je v současné době velmi diskutované téma. Podklady pro zpracování práce jsem získala z děl řady autorů, kteří se této tématice věnují, a z dalších publikovaných článků v tištěné i elektronické podobě.

Na potíže jsem narazila při zjišťování statistických údajů, především počtu lidí s onemocněním demence. V literatuře byly údaje v této oblasti nejednotné. Přínosem nejenom z tohoto pohledu pro mě byla účast na 13. Pražských Gerontologických dnech, které se konaly 21. 5. 2009 pod názvem „Demence: život jde dál“, kde byla řada příspěvků věnována poruchám kognitivních schopností. Tato konference mi kromě získání konkrétních údajů pomohla nahlédnout na tuto problematiku z různých úhlů pohledu a některé informace ujasnila.

Pro téma kognitivních schopností u klientů s demencí byla velkým přínosem práce J. M. Zgoly s názvem „Úspěšná péče o člověka s demencí“, a publikace I. Holmerové, E. Jarolímové, J. Suché s názvem „Péče o klienty s kognitivní poruchou“. Obě tato díla uvádějí velmi srozumitelnou formou možnosti, jak pracovat s klienty s poruchou kognitivních schopností.

Konkrétní údaje týkající se Domova pro seniory Zahradní Město mi poskytly metodické materiály zařízení.

Kromě těchto pramenů jsem řadu informací a podkladů ke zpracování diplomové práce čerpala ze své vlastní zkušenosti a z poznatků získaných při své práci s klienty.

Ve své práci bych chtěla zdůraznit především význam individuálního přístupu ke každému klientovi, nezbytnost navázání jedinečného, respektujícího, vzájemného vztahu při kontaktu s ním, nutnost vzájemné výměny informací mezi klientem, rodinnými příslušníky a personálem domova pro seniory a velký význam trénování a rehabilitace kognitivních schopností. To vše by mělo vést ke zkvalitnění péče o klienty v domovech pro seniory, především z hlediska podpory jejich kognitivních schopností.

1 STÁŘÍ

Stáří je poslední etapou v životě člověka. V tomto období může docházet k proměně kognitivních schopností, často k jejich přirozenému poklesu. Pro porozumění problematice kognitivních schopností u seniorů je nezbytné nejprve definovat a charakterizovat období stáří a stárnutí.

1.1 Vývojová etapa stáří

Stáří je pozdní období života, které můžeme chápat nejen jako období involučních změn, ale také jako „proces zrání osobnosti, zrání vedoucího ke kvalitě života“². Jedná se o proces dlouhodobý, který je ovlivněn mnoha vzájemně na sebe působícími faktory: faktory biologické (genetické faktory, nemoc, míra soběstačnosti), faktory psychické (osobnost člověka, povahové rysy, charakter, temperament...) a faktory sociální (životní styl, sociální zázemí, životní události...). I přesto, že přibývá četnosti onemocnění, nelze dát rovnítko mezi stáří a nemoc. Seniorská populace je různorodá, u každého člověka probíhá proces stárnutí odlišně.

Mühlpachr³ rozlišuje biologické stáří (míra involučních změn), sociální stáří (změna rolí, ekonomického způsobu života, odchod do důchodu) a kalendářní (chronologické) stáří vymezené dosažením určitého věku. Na stanovení tohoto věku se podílí demografické hledisko. Nejpodstatnějším demografickým údajem je počet seniorů ve společnosti. Čím vyšší je počet seniorů ve společnosti, tím vyšší je hranice stáří. Diskutovaným jevem je tedy stárnutí populace, zejména populace seniorů nad 80 let. Konkrétní údaje jsou uvedeny v příloze č. 1. Podle těchto tabulek bude Česká republika patřit mezi země s rychle stárnoucí populací.

Z výše uvedeného vyplývá, že existují různá dělení období stáří dle chronologického věku.⁴ Tato periodizace je velice nejednotná a u různých autorů se liší. Obvykle se uvádí jako

² Klevetová, D., Dlabáčová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 57

³ srovnej: Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, s. 19-21

⁴ Světová zdravotnická organizace (WHO) navrhla pro statistické a administrativní účely brát počátek stáří jako věk 60 let. Členění má tuto podobu: rané stáří (young old) 60–74, stáří (old) 75–84 a dlouhověkost

počátek stáří věk 60, příp. 65 let. V současnosti jsou v odborné literatuře užívány další dva pojmy: tzv. třetí věk dosažený odchodem do důchodu a čtvrtý věk pro označení dlouhověkosti (obvykle nad 85 či 90 let- období závislosti).

Oproti těmto dělením někteří autoři odmítají věkovou periodizaci vzhledem k velké individuální variabilitě ve stáří a upřednostňují jiná kritéria členění (např. dle zachovalé samostatnosti seniorů)⁵. Zároveň je třeba rozlišovat normální, fyziologické stárnutí od stárnutí patologického.

Podle teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona⁶ je vývojová etapa stáří osmou fází začínající v 65 letech. Člověk hodnotí svůj život, bilancuje a snaží se nalézt integritu. Opačným přístupem je zoufalství nad vlastním životem. Tato osmá fáze je rozšířena poslední devátou fází, kdy člověk ztrácí mnoho ze svých kompetencí. Úkolem člověka v pojetí teorie psychosociálního vývoje je porozumět závěrečné fázi života vírou a pokorou, dojít smíření, a tím čelit zoufalství.

V průběhu období stáří tedy přichází mnoho změn více či méně individuálně závažných, s nimiž se senior setkává, je nucen se s nimi vyrovnat a přijmout je. Kromě toho je v pozdním stáří významná také otázka smrti a umírání, se kterou je člověk v tomto období života stále více konfrontován. Pro pochopení problematiky kognitivních schopností ve stáří je důležité uvést podstatné změny, které s větší pravděpodobností mohou (avšak nemusí) nastat v životě seniora.

1.2 Změny ve stáří

V období stáří člověk prochází mnoha změnami, které jsou individuálně podmíněné (každého člověka se tyto změny mohou, ale nemusí dotknout). Velký význam má subjektivní hodnocení těchto změn.

Obecně se starý člověk musí potýkat z mnoha zátěžovými situacemi a úbytkem kompetencí, přičemž jeho schopnost adaptace bývá často snížena. Mění se sebepojetí seniora.

(oldest old) 85+ (srovnej: Fisher, J. E., Zeiss, A., Carstensen, L. Psychopathology in the aged. In Adams, H. E., Sutker, P. B. *Comprehensive handbook of psychopathology*. Mass.: Gulf Professional Publishing, 2001, s. 922)

⁵ srovnej: Baštecký, J. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Avicenum, 1994, s. 76

⁶ srovnej: Klevetová, D., Dlabáčová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 25-26

Starý člověk klade důraz na významné minulé role a zážitky, na zachovalé kompetence, na příslušnost k blízkým lidem a na místo, kam patří. Význam má postoj k vlastním obtížím, zdravotní stav člověka a míra jeho soběstačnosti.⁷ Změny ve stáří můžeme rozdělit na biologické, psychické a sociální s poukazem na konkrétní vliv těchto změn pro oblast kognitivních schopností.

1.2.1 Biologické změny

Biologické stárnutí znamená změny ve stáří, které probíhají fyziologicky. Podílejí se vlivy genetické, životní styl a individualita každého jedince. Pacovský (1994)⁸ popisuje tři typy změn, které postihují celý organismus- degenerativní, morfologické a funkční změny. Podle Vágnerové (2007)⁹ je typický projev stárnutí atrofie mozkové tkáně důsledkem zmenšování neuronů a redukce synaptických spojení. Mění se produkce neurotransmiteru, přičemž některé části mozku jsou citlivější než jiné. To vede k věkově podmíněnému poklesu kognitivních funkcí.

Z tohoto hlediska jsou také důležité změny smyslových orgánů. Počátek těchto změn spadá již do období rané dospělosti. Dochází ke snížení počtu receptorů a k poklesu jejich funkčnosti, což má za následek zhoršené vnímání signálů, a tím i okolního světa. Jedná se o změny zraku, sluchu, čichu, chuti, propriocepce a tzv. syndrom multisenzorického poškození.

Porucha zraku ve stáří je nazvaná presbyopsie (stařecká dalekozrakost), přičemž je snížena elasticita čočky. Častěji se vyskytuje horší vidění na blízko, schopnost zaostřovat na detail je snížena. Staří lidé vidí ve více nažloutlých barvách, zrakové vnímání je pomalejší. Poruchy sluchu ve stáří nesou název presbyakuze. Snižuje se slyšitelnost vysokých tónů, problémem se může stát tzv. tinitus- zvonění v uších. Tyto potíže mohou být důvodem zhoršené komunikace, obtížného vnímání řeči, a tím i zvýšeného rizika sociálního odloučení ze společnosti. Starý člověk odmítá často naslouchadla z důvodů nepříjemných zvukových doprovodů, které dříve nevnímal, příp. neslyšel. Tyto zvuky mohou dráždit a unavovat. Kromě poruch zraku a sluchu se snižuje citlivost na vnímání chuti a čichových podnětů.

⁷ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 305-312, 399

⁸ srovnej: Pacovský, V. *Gerontologické minimum*. Praha: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1988. s. 13

⁹ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 316

Klesá citlivost k teplotě předmětů.¹⁰ Změněné je také vnímání polohy vlastního těla z důvodů ubývání tekutiny ve vnitřním uchu, které řídí rovnováhu. To je také jeden z důvodů zvýšeného rizika pádů ve stáří. U lidí ve vysokém věku se vyskytuje poškození více smyslů najednou, popř. zpomalená schopnost spojovat jednotlivé smyslové informace z více podnětů najednou.¹¹

S věkem často klesá vitalita a energie. Může se zhoršovat soběstačnost, zvolňovat chůze, zpomalovat psychomotorické tempo a řeč může být pomalejší. Starý člověk se rychleji unaví.

1.2.2 Psychické změny

Psychické změny ve stáří jsou ovlivněny mnoha faktory: genetické faktory, biologické vlivy, zdravotní stav, životní zkušenosti a osobnost člověka.

V období staří často dochází k poklesu schopnosti adaptace na nové situace. Zvyšuje se nejistota a úzkost v neznámém prostředí a mezi cizími lidmi. Staří lidé proto často ulpívají na zvycích. Ve stáří také dochází ke změnám emocionality. Vágnerová (2007)¹² uvádí, že klesá intenzita a frekvence emočních prožitků. Dochází k celkovému zklidnění a zmírnění. Na druhé straně se zvyšuje dráždivost, citová labilita, zhoršuje se emoční regulace a snižuje se odolnost k zátěži. Může se redukovat množství zálib a poklesnout motivace k činnostem. Ta bývá zaměřena často jiným směrem.

Ve stáří mohou přibývat vlastnosti jako je systematickosti, důkladnost a důslednost, trpělivost, vytrvalost a opatrnost. Stoupá zájem o všeobecnou informovanost a životní nadhled.¹³ Staří lidé mají velkou potřebu spolehlivých citových vazeb.

Psychických změn se týkají také změny kognitivních schopností, kterým se bude věnovat zvláštní kapitola.

¹⁰ srovnej: Hamilton, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, s. 27-35

¹¹ srovnej: Holmerová I., Jurašková. B., Zikmundová K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČALS, 2003, s. 51

¹² srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 334-335, s. 411-412

¹³ srovnej: Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 95-101

1.2.3 Sociální změny

Ve stáří dochází u člověka k mnoha sociálním změnám. Výrazným mezníkem je odchod do důchodu, který znamená ztrátu profesní role. Práce má v naší společnosti výraznou hodnotu a odchod ze zaměstnání může být velkou zátěží, neboť člověk nemůže vykonávat to, co bylo do té doby náplní jeho času. Znamená tedy ztrátu společenské užitečnosti. Haškovcová¹⁴ mluví o tzv. druhém životním programu, který je ve stáří nutno vytvořit, aby byl zajištěn pocit užitečnosti a smysluplnosti života pro seniora.

Dalšími zátěžovými situacemi a ztrátami, jejichž riziko je vyšší ve stáří, mohou být následující události: tzv. „syndrom prázdného hnízda“ (odchod dětí z domova), ztráta životního partnera, nemoc, změna životního stylu (např. potřeba pomoci druhé osoby, institucionální péče), ztráta soběstačnosti, domova, změny v okolním světě, kterému starý člověk nemusí tolik rozumět, úmrtí lidí stejné generace apod. S tím souvisí možný pocit osamění a izolace od společnosti.

Tyto události spolu s obtížnější adaptabilitou mohou být příčinou toho, že staří lidé nemají rádi změny ve svém životě, jsou vůči nim více zranitelní a dbají na přesné dodržování pravidel.

V průběhu stáří tedy dochází k mnoha změnám a potížím, a to v době, kdy klesá schopnost adaptace a vyrovnání se zátěží. Následkem toho se může měnit hierarchie potřeb seniora a způsob uspokojování těchto potřeb.

1.3 Potřeby člověka ve stáří

Každého člověka je třeba chápat z holistického hlediska jako bio-psycho-sociální bytost, která má své nároky a potřeby.

Známa je hierarchie potřeb člověka dle Maslowa znázorňující pyramidu, která se skládá z nižších potřeb, tedy fyziologických potřeb (voda, vzduch, potrava, spánek, odpočinek, udržování teploty) a potřeby bezpečí; a vyšších potřeb, kam patří potřeba sounáležitosti (lásky, náklonnosti a příslušnosti); potřeba uznání a sebeúcty (úcty, respektu,

¹⁴ srovnej: Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 138

ocenění, nezávislosti, sebeúcty) a potřeba sebeaktualizace¹⁵. Přitom platí, že jako prvotní je třeba uspokojit potřeby na podstavci pyramidy.

Důsledkem změn v životě seniora se některé potřeby ve stáří mění. Důležitou preferovanou potřebou pro seniora je potřeba zdraví, materiálního a finančního zabezpečení, potřeba mít domov a být užitečný.

Pro období stáří jsou typické další změny v hodnotovém žebříčku a v potřebách seniora. Ve stáří se zvyrazňují potřeby fyziologické. Velkou hodnotu má potřeba citové jistoty a bezpečí, která je intenzivnější z důvodu snižující se soběstačnosti nebo její hrozby a vědomím nutnosti přijmout pomoc. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem bývá snížena. Mnoho podnětů starého člověka unavuje. Dochází k preferenci stereotypů, které jsou zárukou bezpečí, a klesá potřeba nových zážitků. Senior žije raději ve světě, který mu je známý, a často vzpomíná na minulost. Naproti tomu snížení kontaktu a redukce podnětů (např. následkem zhoršení smyslových funkcí, imobility, snížením společenských požadavků, redukcí kontaktů) vede k psychické stagnaci, způsobuje strach, úzkost, nejistotu, změny nálad, nespokojenost, podezíravost a vede k zhoršení různých schopností a dovedností. Nezbytný je proto přiměřený přísun informací tak, aby se v nich senior vyznal a dokázal se orientovat ve světě, v němž žije. Dále se zvyrazňuje potřeba sociálního kontaktu, a to především s nejbližšími lidmi (zvyšuje se fixace na rodinu), kteří starého člověka tolik nezatěžují. Důležitý je kontakt s lidmi stejné generace, kteří mají pochopení pro jeho problémy. Významná je potřeba někam patřit, být akceptován blízkými lidmi a vědět, že se o něho někdo dokáže postarat. Mění se také potřeba seberealizace, jejíž význam může ve stáří klesat. Odchod do důchodu a snížení soběstačnosti může být v této oblasti důvodem neuspokojení této potřeby, která bývá kompenzována např. oceněním jinými lidmi, identifikací s nimi či pocitem užitečnosti. Důležité je zachování určité míry samostatnosti a nezávislosti, alespoň symbolické- možnost určit si denní program, oblečení, jídlo apod. Další významnou potřebou ve stáří je potřeba otevřené budoucnosti a naděje a potřeba na něco se těšit. Často dochází k přesunu důrazu na další generaci.¹⁶ Z uvedeného seznamu potřeb seniora je nutno zdůraznit nezastupitelnou roli blízkých lidí a rodiny a význam zachování co největší soběstačnosti pro pocit životní pohody člověka.

¹⁵ srovnej: Jarošová, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 32-33

¹⁶ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 344-347, s. 413-414

Zajímavý pohled nabízí vývojový model Alberta Pensa a Diany Boyden¹⁷, kteří popisují pět základních vývojových potřeb. Do těchto potřeb patří: potřeba místa (vědomí že sem patříme a že jsme na správném místě, dává pocit bezpečí, opak vede k pocitu nejistoty a nepřátelství); potřeba podpory (vědět, že se můžeme o něco nebo o někoho opřít); potřeba bezpečí; potřeba péče (zároveň potřeba mít soukromí a odpočinku); a potřeba limitu (hranice, pravidla spolupráce, potřeba řádu, neboť stav bez řádu vede k pocitům úzkosti).

U seniorů s poruchou kognitivních funkcí a především u nemocných se syndromem demence se do popředí dostává především uspokojení potřeby bezpečí fyzického a emocionálního. Lidé se syndromem demence mají zvýšenou potřebu být v prostředí, kde není nic neočekávaného, kde je vše dostupné a jasné. Dále je významná potřeba náklonnosti, intimity a sociálního začlenění přiměřené konkrétnímu klientovi. Důležité je mít možnost určité kontroly a moci nad svým životem, vlastním tělem, majetkem a osobním prostorem.¹⁸

Uvědoměním a pochopením těchto potřeb můžeme starému člověku lépe porozumět a zlepšit vzájemnou komunikaci. Pro doplnění tohoto textu jsou v příloze č. 2 uvedeny platné zásady OSN pro seniory z roku 1991.

Uspokojení výše uvedených potřeb může být více či méně ohroženo umístěním seniora do ústavního zařízení, které představuje pro klienta nutnou změnu životního stylu.

1.4 Pobyť klienta v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem

Pobyť v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem (dále jen domov pro seniory)¹⁹ je pro člověka náročná životní situace a výrazný stresový faktor.

¹⁷ srovnej: Vodáčková, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 469-473

¹⁸ srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 70-71

¹⁹ Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhlášky 505/2006 k provedení zákona o sociálních službách se v rámci Domova pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V rámci domova se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Znamená nutnost přizpůsobit se podmínkám a změnit dosavadní způsob života. Adaptace seniora na zařízení je dlouhodobá a obtížná. Samotný proces adaptace je možné rozdělit z hlediska motivace příchodu do zařízení (zda senior přichází do zařízení dobrovolně nebo nedobrovolně). Vágnerová (2007)²⁰ uvádí několik **fází procesu adaptace** na domov pro seniory. V případě nedobrovolného odchodu do zařízení to je fáze odporu, kdy bývá senior negativistický s nepřátelským postojem, agresivní a vyskytují se další negativní pocity. Další je fáze zoufalství a apatie, kdy člověk rezignuje, ztrácí zájem o vše, příp. i vůli k životu. V této fázi může senior setrvat nebo dojde k další fázi, a to k pozitivní adaptaci, kdy se vytvoří nová pozitivní vazba. Ta vede k pochopení a zvládnutí života v zařízení. Adaptace na dobrovolný odchod začíná fází nejistoty a vytvořením nového stereotypu, kdy se starý člověk snaží zorientovat, získat informace, vzpomíná na minulost apod. Následuje fáze adaptace a přijetí nového životního stylu, kdy se senior smíří s životem v zařízení, se změnou životního stylu a seznamuje se s ostatními lidmi ve svém okolí.

Nejčastější příčinou pobytu seniora v ústavním zařízení je ztráta soběstačnosti v oblasti fyzické, popř. psychické. Změna bydliště je spojena s odchodem z vlastního původního domova, kde zůstalo mnoho vzpomínek. Obvykle pobyt v ústavním zařízení vede k částečné ztrátě soukromí, nutnosti přizpůsobit se režimu zařízení a k určité ztrátě autonomie. U klientů se může objevit pocit opuštěnosti, ztráty bezpečí a orientace, nejistota z cizího prostředí, pocit, že to je konečné místo života, neboť se zde člověk setkává se smrtí více, než je obvyklé. V souvislosti s tím se mohou u klientů objevit změny chování, obranné mechanismy, rezignace či pesimistické ladění.

To vše spolu se samotným životem v domově pro seniory může negativně ovlivňovat kognitivní schopnosti seniorů jak z důvodů velké zátěže, tak proto, že se tyto schopnosti stanou méně využívány. Zařízení totiž zajišťuje vše, co člověk k životu potřebuje, a tak se klient nemusí nad některými běžnými věcmi zamýšlet a ani to nemá smysl- co jíst, koupit, jak uklidit, co je třeba udělat apod. Nebezpečím je nuda, velký stereotyp a nemožnost se o ničem rozhodnout. Nedostatek podnětů může vést až k podnětové deprivaci. Prostor pro udržení,

(srovnej: Portál veřejné zprávy ČR. *Zákon o sociálních službách 108/2006*. [online] [cit. 12.4.2009]) Dostupné z WWW: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=

²⁰ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 422-423

příp. pro kompenzaci schopností se tím zužuje a pobyt v ústavním zařízení může provázet útlum a pokles některých schopností klientů. Tím zpětně vzrůstá závislost seniora na zařízení.

V domově pro seniory není možno obvykle navodit a nahradit úplné domácí podmínky a přirozené možnosti používání zmíněných schopností- péče o domácnost, praní, nakupování, vaření, jídlo apod. Důvodem toho mohou být jak omezené možnosti zařízení institucionálního typu, tak případná omezení způsobená zdravotním a psychickým stavem klienta. Částečnou kompenzací jsou aktivizační programy v domovech pro seniory, které se snaží nejen o vyplnění volného času a zábavu, ale také o trénování kognitivních schopností seniorů v navozených podmínkách.

Pro pochopení problematiky kognitivních schopností u seniorů je důležité si uvědomit, co znamená pro člověka období stáří a stárnutí. Bylo třeba popsat zásadní změny, které tato poslední etapa života přináší, a obtíže, které s ní souvisejí. Zároveň jsem se snažila poukázat na zátěž, kterou představuje pro starého člověka umístění v domově pro seniory. Toto vše má vliv na úroveň a změny kognitivních schopností u seniorů, jejichž teoretickým popisem se zabývá následující kapitola.

2 KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI U SENIORŮ

Kognitivní schopnosti člověku pomáhají poznávat svět kolem sebe, orientovat se v něm a vnímat sám sebe. Jedná se o oblast schopností, která je používána v poměrně širokém významovém rozpětí.

2.1 Kognitivní schopnosti obecně

Termín se užívá ve smyslu tzv. kognitivních funkcí, popř. kognice. S jeho vymezením jsou značné potíže právě pro jeho velké rozpětí.

Uveďme si několik definic kognice (kognitivních schopností, kognitivních funkcí). Slovo kognice dle psychologického slovníku vychází z latinského slova *cognito*, tedy poznání, vědomost. Obecně se jedná o „psychické procesy související s poznáváním“²¹. Kognitivní funkce mají tři významové roviny použití: kognice jako proces získávání znalostí a uvědomění si okolí, jako pojem k odlišení poznávacích procesů od volních a emocionálních a jako produkt poznání²². Do kognitivních funkcí jsou zpravidla zahrnovány psychické procesy související s poznáváním, tedy vnímání, myšlení, představy, pozornost, paměť. Někteří autoři začleňují do kognitivních funkcí také vědomí, inteligenci, fantazii, řeč, orientaci v čase a prostoru, plánování, organizaci činnosti, chápání souvislostí apod.

2.2 Kognitivní schopnosti ve stáří

Kognitivní vývoj zahrnuje spolupůsobení biologických, emocionálních a sociálních faktorů a vlivů prostředí. Samotné změny v kognitivních schopnostech se objevují v průběhu celého života. Dílčí kognitivní funkce se vzájemně ovlivňují, překrývají a působí společně jako komplexní celek. Významné jsou interindividuální rozdíly ve stáří. Baštecký²³ říká, že jsou výsledkem mnoha faktorů, mezi něž patří vrozené vlohy, profesní zaměření, intenzita a šíře zájmů, osobnostní vlastnosti člověka a životní styl.

²¹ Geist. B. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000, s. 120

²² srovnej: Geist. B. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000, s. 120

²³ srovnej: Baštecký, J. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Avicenum, 1994, s. 79

Je proto velice problematické zjistit, zda určitá schopnost je ovlivněná procesem stárnutí nebo jiným působícím faktorem. Na toto téma existuje mnoho studií, jejich realizace však je obtížná vzhledem k různorodosti seniorské populace a mnoha spolupůsobících činitelů. Významná studie je tzv. „Berlin Aging Study“²⁴, která zkoumá problematiku stáří a stárnutí v rámci realizace mnoha interdisciplinárních výzkumů. Zabývá se kognitivními schopnostmi, zdravím, sociálními vztahy, duševními poruchami, lékařskou péčí a mnoha dalšími činiteli. Další rozsáhlá studie vedená W. Schaie a S. Willisem má název „Seattle Longitudinal Study“²⁵. Jeden ze závěrů této studie je, že sice některé základní schopnosti ve stáří pokles zaznamenávají, ale tento pokles může být způsoben ve velké míře nepoužíváním těchto schopností v průběhu života. Je třeba proto zopakovat, že každý člověk je individuální bytost, které se dále uvedené tendence z hlediska kognitivních změn mohou a nemusí týkat.

Obecně některé kognitivní schopnosti ve stáří spíše klesají. Může dojít ke zhoršení krátkodobé paměti a schopnosti soustředění, ke snížení kapacity pracovní paměti a zpomalení tempa poznávacích procesů. Zpracování informací u složitých úkolů může probíhat pomaleji. Objevuje se tendence ke zhoršování fluidní inteligence, k ochuzení fantazie a poklesu smyslové výkonnosti, schopnost soustředění se může snižovat. V pozdním stáří je zhoršování těchto schopností patrnější a více zatěžuje život seniora.

S poklesem schopností ve stáří souvisí tzv. kognitivní plasticita, metakognice a kognitivní resilience. Kognitivní plasticita je schopnost využít svůj postupně klesající potenciál. Metakognice znamená uvědomění si a subjektivní vyhodnocení vlastní proměny kognitivních funkcí. Může jít o postoj realistický (akceptace změn spolu s jejich kompenzací) nebo o postoj nepřiměřený (popírání nebo nadměrná sebekritičnost). Pojem kognitivní resilience znamená odolávání změnám, zvládání a adaptace na ně. To se děje selekcí (snížení nároků na sebe sama), optimalizací (hledání toho, jak co nejlépe zachovaných schopností využít), a kompenzací (nahrazení úbytku a poklesu schopností jinou zachovanou dovedností, zkušenostmi a dalšími možnostmi).²⁶ Všechny tyto pojmy jsou z hlediska poklesu kognitivních schopností ve stáří velice důležité.

²⁴ srovnej: Max Planck Institute for Human Development. *Berlin Aging Study* [online][cit. 2009-02-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.base-berlin.mpg.de/Introduction.html>>

²⁵ srovnej: Schaie, K. W. *Intellectual development in adulthood: the Seattle longitudinal study*. 1st publ. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, s. 352-355

²⁶ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 317, s. 332-333

Některé schopnosti zůstávají déle nebo úplně zachovány, příp. se mohou zlepšovat (dlouhodobá paměť, znovupoznávání, zájem o nové informace apod.). Za vrchol zrání osobnosti je považována tzv. „moudrost“. Tato moudrost je dle Sternberga²⁷ definována jako „výjimečný vhled do lidského vývoje a životních událostí, včetně výjimečně dobrého posuzování alternativ a také schopnost poradit při řešení životních událostí“. Znamená klid, rovnováhu, nadhled nad situacemi, rozvahu a vnitřní klid člověka. Vodáčková²⁸ mluví o moudrosti jako o výsledku smysluplně prožitého života a otevřenosti k druhým lidem.

Úroveň kognitivních schopností je ovlivněna specifickými faktory prostředí, typy úkolů, emocionálními faktory a různými zátěžemi. Pomocí procvičování a tréninku lze tyto schopnosti udržet, příp. zlepšit, a pokles kompenzovat vlastní zkušeností, jinými poznatky a strategiemi.

Ve stáří často dochází k fyziologickým změnám v oblasti kognitivních funkcí. Může se měnit myšlení, paměťové schopnosti, smyslové vnímání, schopnost vytvářet fantazijní představy, přičemž jsou tyto schopnosti komplexem vzájemně na sebe působícím. Tyto změny mohou (zvětšuje se pravděpodobnost), ale nemusí přijít. Vždy záleží na individualitě člověka a na mnoha faktorech (osobnost člověka, způsob života, fyzický a psychický stav, převažující nálada, okolí člověka, vnější podmínky). Závažnější změny kognitivních schopností mají vliv na kvalitu života seniora.

Pro pochopení změn je třeba jednotlivé základní kognitivní funkce popsat s vyznačením oblastí, které mají pro člověka ve stáří zvláštní význam, popř. které prochází významnými změnami v rámci tzv. fyziologického stárnutí.

2.2.1 Vnímání

Vnímání je komplexní proces, díky němuž se orientujeme ve světě. Zprostředkovává nám informace jak z okolního prostředí, tak o nás samých. Informace o vnějším světě získáváme prostřednictvím smyslů, o vnitřním světě prostřednictvím tzv. propriocepce – vnímání pocitů a rovnováhy.

²⁷ Sternberg, R. *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál, 2002, s. 495-498

²⁸ srovnej: Vodáčková, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 293

Proces vnímání má zásadní význam pro člověka. Nakonečný²⁹ definuje vnímání jako aktivní vytváření smyslového obrazu vnějšího světa, které se uskutečňuje v mozku za zprostředkování činnosti smyslových orgánů a pamětních stop obrazů, věcí a dějů“. Ve vnímání se uplatňuje jak zkušenost a současné informace, tak vrozené způsoby vnímání. Vzhledem k této subjektivnosti může být vnímání relativně přesné, zkreslené (iluze) či nesprávné (halucinace).³⁰ Ve stáří se schopnosti vnímání dotýkají některé změny.

Vnímání ve stáří může být změněno z důvodů poruch smyslových funkcí. Tyto potíže mohou souviset s nedostatkem informací, potížemi s orientací, egocentrismem, zhoršenou adaptací, s pocitem izolace, strachu, úzkosti, s emočními problémy, výbušností, náladovostí, nespokojeností, podezíravostí, vztahovačností až nepřátelstvím. Senioři mohou být v důsledku poruchy vnímání omezeni ve svých aktivitách. Z toho důvodu je třeba znát specifika přístupu a komunikace k lidem, kteří mají některou z poruch smyslových funkcí. Pravidla komunikace se seniory s poruchou zraku a sluchu jsou uvedena v příloze č. 3.

Škodlivý je nadbytek i nedostatek podnětů. Nedostatek senzorických podnětů obecně snižuje schopnost výkonu, vede ke zpomalení vývoje člověka a podporuje vznik změn v oblasti vnímání sebe a okolního světa, které mohou následně zhoršit orientaci v prostoru a čase. Důsledek nedostatku nebo úplné absence senzorických podnětů okolního prostředí na člověka označujeme jako senzorickou deprivaci. U deprivovaného člověka se mohou objevit stavy zmatenosti, dezorientace, změny v oblasti intelektu a neschopnost adekvátně komunikovat s okolním světem.

Proto je třeba nabídnout klientům v domově pro seniory přiměřené množství stimulů. Smyslová stimulace trénuje paměť, udržuje aktivitu mozku, pozitivně působí na psychiku člověka a pomáhá při orientaci klienta. Důležité je si uvědomit, že člověk vnímá celý svůj život, a to i v době, kdy z důvodů fyzických, popř. psychických omezení nedokáže na podněty reagovat (nemoc, demence, období umírání apod.).

S vnímáním jsou úzce spojeny další kognitivní funkce jako paměť, představivost a pozornost.

²⁹ Nakonečný, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, s. 131

³⁰ srovnej: Honzák, R. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2006, s. 27

2.3.2 Paměť a učení

Ve stáří se potíže s pamětí vyskytují čteněji. Je však nutno doplnit, že neplatí rovnítka stáří a zapomínání. Každý člověk je individuální osobnost, kterou je třeba jako takovou vnímat a předem neznačkovat ani nehodnotit.

Pokles paměti může být způsoben mnoha okolnostmi a vlivy³¹. Závisí na genetických předpokladech, zdravotním stavu, procesu zpomalování nervové aktivity, poklesu fluidní inteligence, procesu zhoršení zpracování informací v CNS, emocionálním stavu, únavě, poklesu pozornosti, sociálních faktorech, vzdělání, vlivech prostředí, motivaci a zkušenostech. Důvodem mohou být také smyslové poruchy, zhoršení schopnosti ovládat paměťové procesy a kombinovat je.

Paměť je schopnost přijímat, zpracovávat, uskláňovat, vydávat informace a znovupoznávat. Časté je dělení paměti na paměť senzorickou (uchování omezeného množství informací na krátkou dobu několika sekund), krátkodobou (schopnost uchovávat informace na delší dobu s omezenou kapacitou paměti), a paměť dlouhodobou (schopnost uchovávat informace na velmi dlouhou dobu až neomezeně s rozsáhlou kapacitou paměti). V dlouhodobé paměti jsou uloženy normy, tedy kritéria toho, jak se má co dělat a chápat.³²

Pro popis paměťových schopností ve stáří je nutné uvést dále tzv. obsahy paměti. Paměť deklarativní (explicitní) je to, co si dovedeme vědomě vybavit, na co si můžeme vědomě vzpomenout a dovedeme to popsat. Sem patří paměť epizodická (uchovává vzpomínky, osobní zkušenosti). Tento druh paměti ve stáří zaznamenává nejvýraznější změny ve smyslu zhoršení. Dlouho zachovalá bývá paměť sémantická zahrnující obecné poznatky o světě a celoživotní zkušenosti. Má často kompenzační funkci při nedostatku v jiném obsahu paměti. Je součástí krystalické inteligence a s věkem se výrazně nemění. Paměť nedeklarativní (implicitní) zahrnuje poznatky uložené formou dovedností a kognitivních operací. Není přístupná vědomému vybavení a vytváří se opakovaným učením. V oblasti tohoto obsahu paměti nedochází v průběhu stáří k výrazným změnám, příp. jen ke změnám drobným.³³

³¹ srovnej: Hamilton, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, s. 89-122

³² srovnej: Sternberg, R. *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál, 2002, s. 495-498, s. 183-184

³³ srovnej: Hamilton, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, s. 104-106

Samotný proces vytváření pamětních obsahů má tři fáze- osvojování, uchování a reprodukci (vybavování- úmyslné a neúmyslné, nebo znovupoznání). S tím je spojen proces učení, tedy získávání znalostí a dovedností, ať už záměrné nebo nezáměrné. Zapamatování je ovlivněno mnoha faktory. Působí časový faktor (vyhasínání), proaktivní interference (dáno tím, co je před učením) a retroaktivní interference (dáno aktivitou přicházející po učení), počet opakování, doba, pozornost, motivace, emoce, kontrast, nálada, faktory somatické (únava, poranění mozku, demence), příp. využití nebo nevyužití paměťových pomůcek.³⁴ Tyto tzv. mnemotechnické pomůcky slouží pro snadnější zapamatování a jsou dobře využitelné i pro seniory. Uvedme si některé z nich:

- asociace- schopnost propojit rozdílné informace, vytvořit si spojitost
- vizualizace- vytváření vlastních mentálních obrazů
- transformace- přeměna informace do zapamatovatelné podoby
- emoce- přiřazení určitého pocitu k informaci
- logika- nalezení logického řetězce v informacích
- fantazie
- loci- umístování informací na předem známá místa, čímž se tyto informace snadněji vybaví
- akronyma- počáteční písmena slov, která si chceme zapamatovat
- akrostika- celá věta, jejíž slova začínají na stejná písmena, jako slova, která si chceme zapamatovat³⁵

Ve stáří je ohrožena především krátkodobá paměť- dochází k jejímu poklesu. Obtížnější je uchování většího množství informací, zhoršuje se vybavnost a vstřípivost. Dlouhodobá paměť zůstává zachována déle, ale často bývá méně přesná a více zkreslená. Starý člověk si vzpomene snadněji na vzpomínky z dávného dětství (to může být dáno tím, že tyto události jsou častěji vybavovány, a tím i fixovány), než na nedávné události. Ohrožena může být také prospektivní paměť, tedy plánování činnosti. V pozdním stáří mohou tyto potíže narůst v obtížné naplánování si dne (také z důvodů změněného chápání času, který subjektivně běží mnohem rychleji), a tím k potížím s plněním obvyklých denních úkolů.

³⁴ srovnej: Nakonečný, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, s. 219-223

³⁵ srovnej: Buchvaldová, M., Karsten, G. *Úspěšná paměť*. Praha: Scientia, 2003, s. 51-54, 153

V procesu učení hraje roli to, že staří lidé mají zažitá stereotypy, často se brání novým věcem a zapojení se do současného světa. Učivo se může obtížněji osvojovat. Dochází ke zhoršení mechanické paměti a převládá učení se stálým opakováním, které zabere více času. Informace se musí uložit do dlouhodobé paměti. Těžko se učí něco, co nemá logickou návaznost a praktický dopad.³⁶ Samotná schopnost učit se je zachována a pravidelným trénováním se může rozvíjet.

K poklesu paměťových schopností přispívá, pokud mozek informace nepoužívá a nepracuje s nimi. Prostřednictvím trénování paměti je možno paměťové schopnosti ve stáří udržet, příp. zhoršování zpomalit a vhodnými technikami nedostatky v paměti kompenzovat. K lidem, u nichž je deficit v paměti patrný, je třeba přistupovat se zřetelem na to, že mohou za tato svá omezení cítit stud, vinu, nechtějí být v očích druhých sníženi, a proto zapomenuté nemusí přiznat.

Paměť je nezbytná pro vytváření představ a vybavování minulých prožitků uchovaných v dlouhodobé paměti.

2.3.3 Představy

Představy pomáhají vnímat věci, které nepůsobí na člověka v současnosti. To, co nelze přímo vnímat, si lze představit. Jednotlivé představy vytvářejí asociace. Představy jsou definovány jako „názorné obsahy lidského vědomí, které vznikají reprodukcí nebo rekonstrukcí dřívějších obsahů vědomí“³⁷. Představy mají zásadní význam pro myšlení.

Velmi podstatnou jsou v oblasti představ vzpomínky. Pro významnou funkci vzpomínek v životě seniorů (a také v životě lidí s demencí) bych se ráda touto problematikou zabývala podrobněji. Senioři mohou žít ve vzpomínkách, hodnotit uplynulý život a vracet se zpět do minulosti. Časté jsou idealizované vzpomínky na rodiče, mládí, a to i v závěru života.

Důležitý je osobní smysl vzpomínek, které mají svůj momentální význam. Vzpomínka může být prožívána jako kontrast proti současnosti, může při ní docházet ke změnám, ke vzpomínkovým iluzím a osobním mýtům. Vzpomínáním se něco připomíná a v současnosti

³⁶ srovnej: Klevetová, D., Dlabačová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 55

³⁷ Geist. B. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000, s. 204

vyrovnává. Mohou se také stát útekem od minulosti, útekem od pocitů viny apod.³⁸ Haškovcová³⁹ říká, že „zužování perspektiv a možností vede k odvracení se od neperspektivního k lepším vzpomínkám“.

S věkem se může zhoršovat paměť na některé detaily příběhu. Je otázkou, zda živost některých vzpomínek nevychází právě z opakovaného vybavování, čímž se vzpomínka opět fixuje. Tím se přesnost této vzpomínky může deformovat. Na podporu vzpomínání, paměti, povzbuzení a hlavně vytvoření pocitu bezpečí a životní pohody je při práci s klienty seniory (a hlavně s klienty s demencí) využívána tzv. reminiscenční terapie (terapie vzpomínkou), tedy práce se vzpomínkami, o které se blíže zmíním v jiné kapitole této práce.

Další formou představování si je fantazie a denní snění. Denní snění se týká hlavně budoucnosti, vztahů k druhým lidem, osobního scénáře apod. Má především uvolňující účinky a v hojné míře mu podléhají lidé frustrovaní a senzoricky deprivovaní.⁴⁰ Fantazie je definována jako „autonomní psychická funkce nahrazující realitu subjektu“⁴¹. Ve stáří je schopnost vytvářet fantazijní představy snížena.

Další kognitivní schopností, která výrazně ovlivňuje paměťové funkce je pozornost.

2.3.4 Pozornost

Na člověka působí velké množství podnětů, ale jen některé jsou vnímány. Uvědomění si a soustředění vědomí na tyto podněty se nazývá pozornost. Pozornost dělíme na bezděčnou, nezávislou na vůli člověka, a pozornost záměrnou, na vůli člověka závislou. Dále rozlišujeme dvě složky pozornosti- tenacitu- schopnost udržet pozornost, a vigilitu- schopnost obrátit zaměřenost na jiné podněty.⁴²

Proces pozornosti ovlivňují vnitřní faktory (motivy, zájmy, zkušenosti, očekávání, stav organismu) a vnější faktory (novost, neobvyklost, kontrastnost, intenzita, doba pozorování, faktory prostředí). V průběhu dne se může úroveň bdělosti měnit, proto je vhodné načasovat

³⁸ srovnej: Nakonečný, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, s. 230-231

³⁹ Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 134

⁴⁰ srovnej: Nakonečný, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, s. 234-235

⁴¹ Sternberg, R. *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál, 2002, s. 171

⁴² srovnej: Geist, B. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000, s. 193-194

si aktivity s klienty při tréninku kognitivních funkcí pravidelně na konkrétní hodinu tak, jak je to pro ně nejvhodnější.

Zhoršení pozornosti můžeme spatřit např. při únavě, u lidí, kteří trpí bolestí, u lidí s poruchami smyslů, kteří se potřebují více soustředit na konkrétní podnět, a také u lidí s demencí. Vágnerová (2007)⁴³ uvádí, že staří lidé reagují pomaleji s více chybami, zhoršuje se schopnost soustředit se na více podnětů najednou, objevují se u nich větší potíže s přesouváním a rozdělováním informací a může se vyskytnout ulpívavost na některých podnětech.

Další oblastí, které je třeba se věnovat, je oblast myšlení.

2.3.5 Myšlení

Z vnímání, komunikace mezi lidmi a ze zkušenosti se vyvinula vyšší forma poznávání, a to myšlení. Obecně můžeme myšlení považovat za psychický proces, který spočívá v chápání, vytváření a odkrývání významů, vztahů a souvislostí, v chápání a řešení problémů. To se děje prostřednictvím procesů myšlení- abstrakce, zobecňování, srovnávání, třídění, analýzy a syntézy.⁴⁴ V oblasti myšlení se projevuje velká individuální rozdílnost a závislost na všech již dříve uvedených faktorech. Důležitý je vliv emocí na myšlení.

Ve stáří se mění charakter myšlenkových procesů. Zvyšuje se schopnost integrovat širší poznatky do celku, upevňují se pracovní a myšlenkové mechanismy, omezuje se fantazie, zvyšuje se rigidita myšlení. Senioři postupují raději podle známých osvědčených schémat a více stereotypně přistupují k řešení problémů. Tvůrčí myšlení zůstává zachováno, nápady však nepřicházejí tak rychle a jsou ovlivněny únavou, úbytkem novátorství. Osvědčené způsoby řešení šetří energii, dávají jistotu a zvyšují v běžných situacích výkonnost využíváním zkušeností.⁴⁵ Dochází ke zpomalení procesu řešení situace. Zvyšuje se stabilita názorů, konzervativnost. Nechuť k novému může být způsobená obtížnější orientací v situaci

⁴³ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 320-321

⁴⁴ srovnej: Nakonečný, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, s. 153

⁴⁵ srovnej: Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, s. 134

a jejímu neporozumění, což vyvolává nejistotu a úzkost.⁴⁶ Staří lidé se stávají více ohroženi vůči změnám a nárokům, kterým jsou vystaveni.

S myšlením je spojena problematika inteligence.

2.3.6 Intelligence

Pod pojem intelligence spadá velký soubor schopností, kam je zařazováno např. pochopení slovního sdělení, schopnost užívat pojmy, schopnost početních úkonů, prostorová představivost, rychlost vnímání, schopnost vybavit si informace, plánovat, učit se ze zkušeností, řešit vzniklé situace apod.

Aktuální jsou v současné době systémové modely inteligence, které popisují inteligenci jako výsledek působení vlastností osobností, vlivu kultury a způsobu zpracování informací. Tyto modely uvádí několik **typů inteligence**- např. lingvistická, logicko-matematická, prostorová, muzikální, tělesně pohybová. V poslední době je popisována inteligence praktická, tedy schopnost praktického řešení problémů, umět využívat nabyté schopnosti a dovednosti.⁴⁷ Na významu také nabývá inteligence emoční (znalost vlastních emocí, zvládání emocí, motivace sama sebe, vnímavost k druhým, umění mezilidských vztahů). Emoční inteligence roste s věkem a je závislá na zkušenosti, motivaci, zpětné vazbě. Lze ji stále rozvíjet a tréninkovými programy se ji naučit.⁴⁸ Myslím, že staří lidé nemají v současné době mnoho možností trénování emoční inteligence, i přestože je pro ně tato oblast v období mnoha životních a osobních změn nezbytná.

Z pohledu tematiky stáří je třeba rozlišit tekutou, tzv. fluidní inteligenci, tedy tu, která umožňuje abstrakci a zpracování nových informací, a krystalickou inteligenci, která značí uchované znalosti, strategie, naučené způsoby řešení. Obecně se dá říci, že krystalické poznávací schopnosti se zvyšují v průběhu celého života a pokles této složky inteligence bývá spíše jen pozvolný až v pozdním stáří. V oblasti fluidní inteligence dochází více k poklesu, zhoršuje se schopnost flexibilně reagovat na nové informace, hledat jiná řešení problémů. To

⁴⁶ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 326-330

⁴⁷ srovnej: Blatný, M.; Plzáková, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. SCAN: Tišnov, 2003, s. 57-79

⁴⁸ srovnej: Novotný, T. Emoční inteligence, můžeme se ji naučit?. *Dreamlife* [online][cit. 2009-05-29]. Dostupný z WWW: <<http://dreamlife.cz/emocni-inteligence-muzeme-se-ji-naucit/article.html?id=1403>>

je patrnější, pokud je situace složitější a nová.⁴⁹ V období pozdního stáří je pokles těchto schopností výraznější. Navzájem na sebe působí zhoršování schopností a jejich nevyužívání (často je důvodem nízká sebedůvěra a pocit, že to není v silách člověka).

Změny v myšlení seniora souvisí se zhoršenou adaptabilitou ve stáří a vzrůstající potřebou jistoty a bezpečí. Potřeba orientace ve světě a nejbližším okolí je další důležité téma provázející období stáří.

2.3.7 Orientace

Orientace je důležitým faktorem v péči o starého člověka, a to především pokud trpí některou z poruch kognitivních funkcí. V psychologickém slovníku⁵⁰ je orientace definována jako „schopnost umožňující poznávat a zařazovat se do určitých vztahů a souvislostí k jiným osobám a situacím“. Rozlišujeme orientaci časem, místem, osobou. Získání informací z této oblasti je jedno z významných faktorů pro posouzení kognitivních schopností u člověka a je to také nezbytná informace pro pracovníky domova pro seniory.

Orientaci místem zjišťujeme otázkami, kde klient nyní je, v jakém městě, kde bydlí apod.; orientaci časem otázkami na datum, současnou hodinu, pojetí času, jak dlouho zde klient bydlí apod.; orientaci tělem např. nakreslením postavy, určením pravé/levé části těla; orientaci prostorem zjištěním klientova smyslu pro polohu předmětu, pro vzdálenost a pozici objektu v prostoru⁵¹. Z dezorientovanosti je obvykle spojen pocit ztráty jistoty a bezpečí, zhoršuje se psychika člověka (např. neví, kde je, s kým hovoří, jaký je den apod.) a také schopnost jeho adaptace na nové podmínky.

Se všemi již uvedenými kognitivními funkcemi je propojena další schopnost, a to je schopnost řeči. Někteří autoři tuto schopnost mezi kognitivní funkce zahrnují a jiní nikoliv. Vzhledem k tomu, že řeč a komunikace jako taková je pro práci s klientem nezbytná a je prostředníkem mezi klientem a pečovatelem, věnuji tomuto tématu následující oddíl.

⁴⁹ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 328-329

⁵⁰ Geist, B. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000, s. 167

⁵¹ srovnej: Lezak, M. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 1995, s. 336-345

2.3.8 Jazyk a řeč

Řeč je obecně mluvená podoba jazyka, lidská činnost nutná k dorozumění mezi lidmi. Zgola⁵² uvádí, že řeč je schopnost vytvářet slova a jazyk je schopnost zakódovat myšlenky do slov (receptivní složka) a myšlenky ze slov opět dekodovat (expresivní složka).

Úbytek jazykových schopností u zdravých starých lidí není velký. Řeč bývá pomalejší, objevuje se sklon k nutkavému mluvení, ulpívavost a zabíhavost, tendence k opakování a k opakovanému hovoru o svých potížích (to může být také způsobeno potřebou na sebe upoutat pozornost z důvodů sociální izolace). V pozdním stáří se častěji vyskytují potíže s vybavováním a výběrem výrazů. Může se zhoršit využití slovní zásoby a klesat řečová plynulost. Mění se posuzování událostí. I běžné situace a banální problémy mohou být vnímány jako velmi významné.⁵³

Potíže při komunikaci se také mohou objevit jako důsledek poklesu kognitivních schopností v jiné oblasti (zhoršení paměti, porucha smyslových funkcí). Vliv mají i další somatické (cévní mozková příhoda, syndrom demence a jiná onemocnění), psychické (ztráta motivace, deprese, stres) a sociální (sociální izolace) faktory. To vše může způsobit zhoršování komunikačních schopností.

Je patrné, že ve stáří dochází k častým změnám v oblasti kognitivních schopností, které mají vliv na kvalitu života seniora a jeho pocit životní pohody. Samotné fyziologické stárnutí mozku není doprovázeno závažnější kognitivním poklesem. Ve stáří však stoupá riziko vzniku poruch kognitivních schopností. Z toho důvodů se tomuto tématu věnuje následující kapitola.

⁵² srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 27

⁵³ srovnej: Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2007, s. 352-353

3 PORUCHY KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ VE STÁŘÍ

V období stáří člověka se objevuje zvýšené riziko poruch kognitivních funkcí, které nelze zařadit mezi fyziologické změny poznávacích schopností u seniorů.

Existuje celá řada onemocnění, které mohou vyvolat zhoršení kognitivních schopností. Mezi ně patří např. onemocnění demence, mírná kognitivní porucha (pojem „benigní stařecká zapomnětlivost“ dříve často užívaný se již neuvádí), deprese jako časté onemocnění ve stáří, které mohou provázet některé poruchy kognitivních schopností, především zhoršení paměti, dále delirium, kdy se objevuje navíc porucha vědomí, příp. porucha paměti, která se projevuje zhoršenou výbavností bez poruchy jiných kognitivních schopností.

Často může dojít ke změnám kognitivních funkcí důsledkem některých somatických onemocnění, např. cévní mozková příhoda. Lidé po prodělání tohoto onemocnění bývají emocionálně labilní, obtížně se soustředí a často se u nich objevují problémy v komunikaci a poruchy řeči (především tzv. afázie).

Postižena může být jen některá oblast nebo více schopností. Hranice toho, co ještě je a co již není v rámci stárnutí z hlediska kognitivních schopností fyziologické, je obtížně rozlišitelná. V následujících kapitolách bych se ráda podrobněji zabývala problematikou mírné kognitivní poruchy a demence jako nejčastější příčiny poruch kognitivních schopností ve stáří.

3.1 Mírná kognitivní porucha

Mírná kognitivní porucha (MCI) je taková porucha, která nesplňuje kritéria pro demenci, ale již se vyskytují některé mírné, ale měřitelné změny poznávacích funkcí, jež nelze posuzovat jako změny fyziologického stárnutí. Jedná se o předěl, který je velmi obtížně diagnostikovatelný a stanovení ostré hranice není možné.⁵⁴ Hort⁵⁵ udává, že až 15 % lidí

⁵⁴srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 32

⁵⁵srovnej: Hort, J. Mírná kognitivní porucha. *DE-2-MENTIA* [online][cit.1999-12-5]. Dostupné z WWW: <http://www.kognice.cz/index.html>

s mírnou kognitivní poruchou onemocní syndromem demence. Tyto údaje jsou však u různých autorů nejednotné a přesné statistiky neexistují.

Při mírné kognitivní poruše dochází k některým objektivním změnám určitých schopností, především k poklesu paměti, a zároveň k mírnému snížení schopností zvládat běžné denní činnosti, přičemž jsou vyloučeny jiná onemocnění a faktory, které by mohly způsobit kognitivní změny. Důležitá je včasná diagnostika, a tím i možnost léčby a prevence proti přechodu v syndrom demence, který je tématem následující podkapitoly.

3.2 Onemocnění demence

Demence je onemocnění získané a doprovází ho především deficit kognitivních funkcí. Vzniká důsledkem choroby, není to důsledek stárnutí. S věkem se však zvyšuje pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění. Průběh nemoci je velice individuálně variabilní a dotýká se nejenom nemocného člověka, ale všech, kteří o něj pečují. Výrazně ovlivňuje kvalitu života člověka.

Pro doložení závažnosti řešení problematiky poruch kognitivních funkcí, především syndromu demence, považuji za důležité uvést některé číselné údaje.

3.2.1 Základní údaje

Onemocnění demence představuje velké riziko pro zdraví společnosti. Na to, jak závažný problém to je, poukazují některé projekty a statistické údaje Světové zdravotnické organizace, Evropské asociace alzheimerovských společností Alzheimer Europe či České alzheimerovské společnosti. V loňském roce přijala Francie v rámci svého předsednictví v Evropské unii dokument Plán Alzheimer, v němž určuje za svou hlavní prioritu právě boj proti demenci Alzheimerova typu. Tento strategický dokument⁵⁶ odhaduje, že v EU žije 6,1 miliónů lidí se syndromem demence, z tohoto počtu je 50% lidí postiženo Alzheimerovou demencí. Do roku 2050 jsou odhady, že se toto číslo zdvojnásobí, až ztrojnásobí. V České republice žije nyní 10,3 milionu obyvatel, z toho 1,5 milionu ve věku 65 let a více. Lidí s

⁵⁶ srovnej: *Vážka*. Praha: ČALS, 2009, roč. 1

demencí je u nás nyní cca 105 tisíc, prognózy do roku 2050 uvádí počet 225 tisíc lidí nemocných demencí.

Dle výzkumu prevalence trpí poruchou kognitivních funkcí ve smyslu demence 40% obyvatel domovů pro seniory, tedy zařízení, které nejsou specializovaná na syndrom demence⁵⁷. Z toho důvodů je toto onemocnění popsáno v následujících kapitolách blíže.

3.3.2 Obecná charakteristika onemocnění demence

Demence je definovaná jako „skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí...“⁵⁸. Mezi symptomy patří poruchy kognitivních funkcí (C- cognition), poruchy soběstačnosti (A- activity) a změny chování (B- behavior), příp. změny osobnosti- nevhodné chování, nespolečenské, netaktní, úzkost, neklid, zlost, bezprostřednost, citlivost, emocionální labilita apod.

Podle Americké psychiatrické asociace jsou obecná kritéria následující⁵⁹:

- A- Úbytek intelektových schopností takové úrovně, že zasahuje do sociálních a pracovních schopností
- B- Poruchy paměti
- C- Rozvoj mnohočetných poznávacích poruch- minimálně jeden z dalších příznaků- porušení abstraktního myšlení, porucha soudnosti, jiné poruchy vyšších kognitivních funkcí (afázie, agnózie, apraxie, poruchy výkonu), přičemž tyto poruchy způsobují problémy v životě člověka a představují pokles ve srovnání s předchozím stavem.
- D- Vědomí není oblužené

Syndrom demence je časté onemocnění, které zasahuje do všech oblastí života člověka. Mezi rizikové faktory vzniku nemoci (především demence Alzheimerova typu) patří dědičnost, věk, diabetes, hypertenze, zvýšený cholesterol, aterosklérosa, měď, nízké vzdělání,

⁵⁷ srovnej: Vaňková, H., Jurášková, B., Holmerová, I. Prevalence kognitivních poruch v Domově pro seniory. *Česká Geriatrická revue*. 2008, roč. 1, č. 4, s. 232

⁵⁸ Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 9

⁵⁹ srovnej: Baštecký, J. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Avicenum, 1994, s. 239-240

deprese, ženské pohlaví, léčba estrogeny a zranění hlavy⁶⁰. V literatuře je popisováno mnoho typů demence. Uvedme si některé z nich.

3.3.3 Základní typologie onemocnění demence

Onemocnění demence můžeme rozdělit na několik typů. Diferenciální diagnostika jednotlivých druhů demence je obtížně stanovitelná.

Do skupiny demencí patří demence Alzheimerova typu. Je uváděna jako nejčastější typ demence, při které dochází k zániku a poruše nervových spojení a vytváření senilních plaků. V klinickém obrazu je patrná především porucha paměti (hlavně krátkodobá paměť a zapamatování si nových informací). V počátečních stádiích se vyskytují změny osobnosti chování, ztráta zájmů, ochuzení myšlení. Postupně se přidávají poruchy dalších kognitivních funkcí. Onemocnění má v počátcích nemoci pozvolný průběh. Dalším typem je vaskulární demence (obvykle v důsledku drobných cévních mozkových příhod), kdy zhoršování kognitivních funkcí není zpravidla rovnoměrné. Některé schopnosti mohou být zachovány, některé chybí. To závisí na ložiskových změnách. Typický je náhlý začátek a schodovitý průběh. Osobnost člověka s tímto druhem demence zůstává delší dobu nezměněna, nemocný si poruchy paměti více uvědomuje. Také z toho důvodu je častý depresivní syndrom. Další typy demence jsou méně časté. Demence Lewyho tělísek má rychlý začátek s postupnou stabilizací, objevují se změny pohybu, ztuhlost, svalová slabost, halucinace, noční můry, apod. U frontotemporální demence dominují poruchy chování, nezdrženlivost, teprve poté se objevují příznaky demence. V neposlední řadě mohou demence vzniknout při onemocnění jako je AIDS, roztroušená skleróza, Huntingtonova choroba, při užívání některých farmak apod.⁶¹ Obecně má však syndrom demence relativně podobný průběh. K určení hloubky onemocnění existuje řada stupnic.

⁶⁰ srovnej: Caselli, R. J. Dementia: Risk Factor and Genetics. In Sirven, J. I., Malamut, B. L. *Clinical neurology of the older adult*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008, s. 296

⁶¹ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 39-52

3.3.4 Stupně demence

Obvykle se hloubka demence dělí na lehkou, počínající demenci, středně těžkou demenci a demenci pokročilou. **Reisbergova stupnice** rozlišuje sedm stupňů tohoto onemocnění: 1- bez poruch kognitivních schopností, 2- počáteční postižení kognitivních funkcí, kdy si člověk stěžuje na poruchy paměti objektivně nerozpoznatelné, 3- lehké postižení kognitivních funkcí- zřejmé funkční poruchy paměti, pozornosti, pokles výkonu, 4- středně těžké postižení kognitivních funkcí- zřejmé paměťové poruchy, poruchy v čase, ve znovupoznávání, orientaci, obtížné plnění náročnějších úkolů, 5- pokročilé postižení kognitivních funkcí- pacient není schopen samostatného života bez určité pomoci, nevybavuje si praktické životní dovednosti, je často dezorientován, 6- těžké postižení kognitivních funkcí- nemocní si nevybavují jméno partnera, aktuální vzpomínky, mají mezery ve vzpomínkách, bloudí, potřebují pomoc, známé odlišují od cizího, objevují se změny osobnosti a chování- halucinace, neklid, úzkost, nutkavé jevy, útočnost, abulie, 7- velmi těžké postižení kognitivních schopností- vyhasínají řečové funkce, ztráta soběstačnosti, imobilita apod.⁶²

Další dělení nabízí Česká alzheimerovská společnost- **tzv. stadia P-PA-IA**⁶³. Zkratka P znamená podporu a péči, PA- programové aktivity a IA- individuální asistence. Rozlišuje tři stadia. Stadium P-PA-IA 1 je charakterizováno relativní soběstačností, lidé potřebují určitý dohled a podporu. Ve stadiu P-PA-IA 2 se vyskytuje omezená soběstačnost, dezorientace, potřeba pomoci v denních aktivitách, využívají se programové aktivity pro klienty. Poslední je stadium P-PA-IA 3, kdy nemocní lidé potřebují individualizovanou péči a stálou osobní asistenci.

Nemocní se syndromem demence se stávají často egocentričtí, sobečtí, podezíraví, narušeno je sociální citění, někdy se objevuje apatie a nezájem o sebe pečovat.

Obrazem všech typů demencí jsou především poruchy kognitivních funkcí.

⁶² srovnej: Koukolík, F., Jirák, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GRADA. 1999, s. 16-18

⁶³ srovnej: P-PA-IA: *Informační materiál projekt kooperace pro jakost*. Praha : ČALS, [2009]

3.4 Kognitivní schopnosti u lidí s onemocněním demence

U lidí se syndromem demence se vyskytují především poruchy paměti a další kognitivní změny v oblasti pozornosti, vnímání, myšlení, orientace, řeči, inteligence. Opět je třeba mít na paměti, že se tyto změny u každého jedince a v rámci jiného typu demence mohou projevit odlišně a s různou intenzitou. Kromě toho se mohou projevy onemocnění objevit u samotného nemocného odlišně v závislosti na dalších faktorech (zdravotní stav, bolest, pocit bezpečí/nebezpečí, momentální nálada, přístup ostatních, počasí a mnoho dalších vlivů působících na klienta). Může se proto například stát, že jeden den se klient projevuje jako zmatený, neví, kde bydlí, kde je, a následující den najde svůj pokoj bez výrazných potíží.

Stručně si nyní popíšme, jak působí syndrom demence na změnu jednotlivých kognitivních schopností.

Paměť

Lidé, kteří trpí onemocněním demence, jsou obvykle postiženi poruchami paměti, a to jak krátkodobé, tak později dlouhodobé. V pokročilém stupni kognitivní poruchy mají potíže zapamatovat si cokoliv. Nemocný si nezapamatuje, co se stalo před chvílí. Vyskytují se potíže se zapamatováním nových informací, s vybavováním informací, opakováním řečeného, pochopením dotazů. Člověk trvá na starých způsobech řešení, nedokáže se naučit nové informace a poučit se ze zkušenosti. Narůstají potíže s orientací a člověk opakuje otázky, přičemž získané odpovědi nedokáže udržet v paměti.⁶⁴ Tyto nedostatky mohou nemocní lidé nahrazovat konfabulacemi, přičemž bývají přesvědčeni o své pravdě.

Určitá část dlouhodobé paměti je zachována lépe a po delší dobu (lidé s demencí si často nepamatují prožitek z minulé/ho hodiny/dne, ale dokáží odpovědět na otázky typu, kde dříve bydleli, jaké bylo jejich zaměstnání, jak se jmenovali jejich rodiče apod.). Typický je návrat zpět do minulosti. Nemocní lidé hledají svůj domov, rodiče a často se vracejí do svého dětství. Je to nejspíš proto, že některé vzpomínky uložené v dlouhodobé paměti jsou zachovány nejdéle. Tento návrat do minulosti může dát lidem s demencí pocit bezpečí, který potřebují ve světě, v němž se neorientují. Vzhledem k porušení dlouhodobé paměti zůstávají uchovány jen některé vzpomínky. Ty mají často emoční náboj, mohou být zkreslené a

⁶⁴ srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 27-28

opakovaně se nemocnému člověku přehrávat. Pro člověka s demencí jsou realitou a podle toho na situaci také reaguje (pláč, hněv, vztek, agrese, lítost apod.).

V pozdějších stádiích nemoci začíná být ohrožen i tento druh paměti. Začínají se mu vybavovat jednotlivé události hůře a při pokročilé demenci si přestává vybavovat i vlastní minulost, ztrácí společenské zábrany, nepozná tváře známých lidí a stává se zcela závislým na svém okolí. U lidí s demencí se často vyskytuje tzv. amnézie⁶⁵ - porucha deklarativní paměti, která se může týkat událostí v minulosti i událostí nedávných.

Potíže s pamětí mají vliv na ostatní změny kognitivních funkcí a také na celou osobnost a chování člověka. Při konfrontaci s narušenou pamětí se někdy u nemocného objevují pocity jako zlost, úzkost, deprese. Člověk s demencí se může vyhýbat odpovědi, vymýšlet si, vyhýbat se kontaktu s druhými lidmi, popírat poruchy paměti apod. To vše je obranný mechanismus a reakce na pokles paměti.

Vnímání

U lidí s demencí může být schopnost vnímání snížena. Objevují se potíže s odhadováním vzdálenosti, hloubky, s rozlišením kontrastu, hledáním správné cesty, s poznáváním známých míst, předmětů a lidí (agnózie). Dalším symptomem demence je tzv. topografická dezorientace (porušená schopnost cíleného pohybu v prostředí) a prozopagnozie (porucha vizuálního poznávání známých lidí, přičemž není důvodem smyslová porucha ani porucha inteligence, paměti apod.)⁶⁶ Onemocnění se může zhoršit tak, že nemocný nepozná své nejbližší. Objevují se poruchy vnímání- iluze, bludy, halucinace, a nemocný si může z důvodů narušené schopnosti poznávání nesprávně vyložit některé podněty. Ze smyslových funkcí je výrazné zhoršené vnímání čichových podnětů (především u demence Alzheimerova typu).

Každý člověk vnímá celý svůj život, a to i člověk nemocný, tedy i nemocný syndromem demence, který na běžné podněty nereaguje. Často žije ve svém vlastním světě, který je pro nás neznámý, a reaguje především na jemu známé věci, vzpomínky a návyky uložené v dlouhodobé paměti. To vše je třeba mít na paměti při kontaktu s klientem s demencí.

⁶⁵ srovnej: Koukolník, F., Jirák, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GRADA. 1999, s. 104

⁶⁶ srovnej: Koukolík, F., Jirák, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GRADA. 1999, s. 121-125

Pozornost

U nemocných lidí s demencí se objevují potíže s pozorností, která je těkavá a neselektivní. Pozornost rozdělují podle síly podnětu. Nemocný člověk nedokáže rozlišit podstatné od nepodstatného, rušivé faktory nedokáže odstranit a ztratí myšlenku toho, proč určitou činnost vykonává. Výsledkem je neschopnost dokončit nějakou činnost, příp. ztráta smyslu rozhovoru. Lidé často v polovině aktivity přestanou, odejdou nebo se věnují něčemu jinému.

Vyskytuje se jev zvaný opomíjení⁶⁷- neschopnost odpovědět, podat zprávu nebo se orientovat vzhledem k podnětu. Také nelze zjistit, zda nemocný člověk na podnět nereaguje z důvodů potíží s pozorností, z důvodů toho, že nechce, z nedostatku motivace nebo proto, že má strach z neúspěchu. V pozdějších fázích se ztrácí motivace k soustředění se na něco, patrný je nezájem o cokoliv a ztráta chuti k činnosti.

Jazyk a řeč

Onemocnění demence provází různé potíže v komunikaci- špatné porozumění slovům, složitým větám, obtíže ve vyjadřování a potíže v kontaktu s druhými. Ztrácí nit rozhovoru, mají těžkosti při hledání a vytváření slov, při hledání vhodných výrazů. Obtíže se objevují při čtení a psaní. Bývá postižen především jazyk, méně řeč. Obě složky- receptivní a expresivní, mohou být postiženy různě. Může jít o neschopnost porozumět, najít smysl slov (receptivní složka) nebo o neschopnost formulovat myšlenku (expresivní složka), kdy nemocný člověk slovo opisuje, použije nesprávné, jinak podobně znějící slovo, slovo ze stejné kategorie (parafázie), použije nesmyslně poskládaná slova (slovní salát) apod.⁶⁸

Obvykle se nejprve objevuje anomie- potíže v pojmenování předmětů, dále intruze- nesprávné reakce, a perseverace- zbytečné opakování stejných slov. Častá je rozvláčnost. Řeč může ztrácet smysluplnost.⁶⁹ Dále je popisován u lidí s demencí jev zvaný verbigerace (opakování jednoho slova), logoklonie (komolení slov) a pasilalie (slova nedávají smysl)⁷⁰. Nemocný člověk se opakovaně ptá, co se děje, kde je, co to je. Odpovědi mu však nestačí, protože jim nerozumí, nechápe jejich smysl. Často začíná řeč bez uvedení do souvislostí.

⁶⁷srovnej: Koukolík, F., Jirák, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GRADA. 1999, s. 127

⁶⁸ srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 19-20

⁶⁹ srovnej: Hamilton, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, s. 215-217

⁷⁰ srovnej: Baštecký, J. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Avicenum, 1994, s. 244

Onemocnění může vést k některé z forem afázie. Afázie je porucha chápání a vyjadřování jazyka. Není to porucha vnímání či myšlení, neznamená ani sníženou inteligenci. Projevuje se jako více či méně rozsáhlá ztráta řeči nebo porozumění řeči. Základní rozlišení je na afázii motorickou- Brocovu (člověk rozumí, ale nedokáže se vyjadřovat, řeč je namáhavá), afázii senzorickou- Wernickerovu (schopnost mluvit je zachována, ale nemocný člověk nerozumí) a afázii globální. V těžkém stupni demence nemocní přestávají mluvit úplně.⁷¹ Při afázii hodnotíme spontánnost řeči, schopnost opakovat slova a věty (artikulace, melodičnost), porozumění řeči (klient vykoná to, co je mu řečeno), schopnost pojmenovat předměty, čtení (klient něco přečte a opraví chyby ve smyslu věty) a psaní (opisování, psaní na diktát).⁷² Stupeň a projevy poruchy řeči závisí na typu demence a individuálním průběhu nemoci.

Při poruchách řeči je nutný pravidelný nácvik řeči, nejlépe každodenní trénink. Do rehabilitace je nezbytné zahrnout logopedii, aktivizovat nemocného člověka, motivovat jej ke komunikaci a rozhovoru a hledat možnosti vzájemného porozumění.

Myšlení

U člověka s demencí se objevují poruchy myšlení. To může být zabíhavé, chudé, ulpívavé, zpomalené, stereotypní, nesouvislé, konkrétní, impulzivní (řekne to, co jej právě napadne bez logických úvah). Nemocný člověk nedokáže plánovat, organizovat, rozhodovat se, objektivně hodnotit situaci. Je patrný pokles inteligence. Ztrácí se schopnost praktického úsudku, racionálního myšlení a společenských návyků. Objevuje se paranoidní uvažování.⁷³ Nemocný člověk podezírá své okolí ze ztráty věcí, z toho, že mu určitou informaci neřekli, nedali mu jíst apod. Tyto situace mohou být způsobeny poruchami paměti, neporozuměním informacím, příp. nepochopením některých situací.

Orientace

U nemocných lidí se syndromem demence se často vyskytuje dezorientace. Nejprve místem a časem, později osobou (i vlastní). S postupující nemocí neznají lidé datum, roční období, letopočet, nedokážou říci, kde jsou, jak se kdo jmenuje. Později nepoznávají své

⁷¹ srovnej: Koukolík, F., Jiráček, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GRADA. 1999, s. 116-118

⁷² srovnej: Lezak, M. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 1995, s. 523-524

⁷³ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 20

blízké a své pečovatele, neznají svůj věk, neví, kolik mají dětí, jaké měli povolání apod. Své jméno si obvykle pamatují nejdéle.

Dezorientovaní lidé nejsou schopni čelit realitě, žijí ve své minulosti, ve svých vlastních emocích, které nedokážou ovládat. Vše vztahují na sebe. Nemají smysl pro humor a je třeba dát pozor, abychom je neurazili.⁷⁴ Dezorientace vede u lidí s demencí k nejistotě, obavám, úzkostem. Je pro ně charakteristické bloudění, útky, hledání něčeho (cestu na vlak, domov, rodiče...). Je třeba si uvědomit, že pro tyto nemocné je právě toto aktuální potřeba a realita. Jako takovou je třeba ji respektovat a brát slova člověka s demencí vážně.

Holmerová navíc uvádí **korové poruchy**, kam patří- fatické poruchy, agrafie- neschopnost psát, akalkulie- neschopnost počítat, agnosie- snížená schopnost až neschopnost rozeznat předměty, amuzie- neschopnost rozeznávat hudební formy, apraxie- neschopnost vykonávat motorické aktivity a úkoly bez porušení motorických, smyslových funkcí- neschopnost vykonávat činnost ve správném pořadí, neschopnost pantomimy, děláním chyb při výkonu apod. Holmerová dále popisuje **poruchy exekutivních funkcí**- tedy neschopnost plánovat, organizovat a rozhodovat se. Nemocný člověk si nedokáže naplánovat z vnějšího pohledu jednoduché činnosti ani se nedokáže rozhodovat. Je proto důležité nevystavovat jej zátěži vyžadováním činností, které nejsou v jeho silách. Vyžadování něčeho, co nemocný člověk nedokáže, vede k pocitu nedůvěry a narušuje potřebu jistoty, bezpečí a sebedůvěry.⁷⁵

Poruchy kognitivních funkcí (a především spojené s onemocněním demence) zasahují do všech oblastí života člověka. Vedou k výraznému zhoršení kvality života nemocného, zhoršuje, až ztrácí se jeho soběstačnost. Dochází ke změnám životního stylu jak jeho, tak celé jeho rodiny. Nemoc tedy ovlivňuje celou osobnost člověka.

Také jeho chování se pod vlivem demence mění. U člověka s demencí dochází/může dojít (v důsledku probíhající nemoci, poruch kognitivních funkcí, psychického stavu nemocného, způsobu vyrovnání se s nemocí) ke změnám chování. Stává se egocentrický, lítostivý, agresivní, panovačný, úzkostný, podezřívavý, podrážděný, netaktní, emocionální apod.

⁷⁴ srovnej: Rheinwaldová, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. s. 46

⁷⁵ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 21- 22

I přes výše uvedené poruchy kognitivních schopností mají klienti s onemocněním demence zachováno mnoho schopností a dovedností. Často si pamatují věci ze vzdálené minulosti, dokážou dát radu, provádět zafixované způsoby chování, osvojit si nové stereotypy (uchování v procedurální paměti- opakování tak dlouho a stále stejně, až jsou tyto dovednosti a návyky prováděny automaticky), mít prožitek ze smyslových vjemů, vyjadřovat emoce, reagovat na ně a sledovat jednoduchý logický sled myšlenek krok za krokem.⁷⁶ Klienti s demencí si často pamatují zautomatizované informace (slova písní, básně, přísloví...) a emočně výrazné události

Je třeba uvést, že u lidí s demencí jsou kognitivní schopnosti postiženy nerovnoměrně. Jedna oblast se může výrazně zhoršit, jiná zůstat zachována. Vždy záleží na individualitě každého jedince a průběhu onemocnění. Domnívám se proto, že by pečující neměli dbát na svoje vlastní přesvědčení a předpoklady (i zkušenosti) o klientech, neboť ti nás často mohou nečekaně překvapit svými znalostmi a dovednostmi.

Pro ovlivnění nemoci, zpomalení průběhu zhoršování poznávacích funkcí a prevenci rychlé progrese onemocnění je nezbytná včasná diagnostika poruch kognitivních schopností. Pro zjištění případných změn poznávacích schopností a pro diagnostiku onemocnění demence existuje řada testů a diagnostických kritérií. I přes tuto širokou nabídku je včasné vyhodnocení deficitu kognitivních funkcí a stanovení syndromu demence velice komplikované a obtížné, a to nejen z důvodu náročné lékařské diagnostiky, ale také proto, že mnoho lidí návštěvu u lékaře odkládá a závažnost nemoci si neuvědomuje.

Tématu hodnocení kognitivních funkcí se věnuje následující kapitola.

⁷⁶ srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 92

4 HODNOCENÍ KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ VE STÁŘÍ

Hodnocení kognitivních schopností je velice obtížné, neboť ostrá hranice mezi normou a patologií (mezi normálním a patologickým stárnutím) neexistuje. Fyziologické stárnutí probíhá v různých psychických složkách různě, nastupuje v různém věku, různou rychlostí a s využitím různých prostředků kompenzace. Vzhledem k již zmíněným interindividuálním rozdílům nelze použít průměry a ke každému je třeba přistupovat individuálně, aby se předešlo chybnému diagnostickému závěru.

Kognitivní testování zahrnuje testování velkého množství schopností a dovedností. Kognitivní schopnosti se prolínají, podléhají mnoha vlivům a jsou závislé na sobě a na mnoha již dříve zmíněných faktorech. Vliv má také snížené sebevědomí, snížená motivace či přítomnost poruch nálad. V diagnostice se tedy promítá mnoho faktorů, které se obtížně hodnotí.

Používají se klinické postupy (anamnéza, pozorování, rozhovor), různé zobrazovací metody (CT, MR) a standardizované metody (psychologické testy). Jejich výhodou je objektivnější hodnocení podle norem, možnost zobrazit dosud nerozvinuté poruchy a cílené sledování odchylek. Nevýhodou je nízká schopnost přizpůsobit se klientovi. Při testování je třeba brát v úvahu možnost oslabení zraku a sluchu, zvýšenou unavitelnost seniorů, sníženou pohotovost (zkontrolovat si pochopení instrukce), možnost zhoršení jemné motoriky. Nevhodné jsou metody, kde hraje roli rychlost řešení. Naopak se jako vhodné jeví metody týkající se více využití již získaných znalostí a dovedností než osvojení nových.⁷⁷ Nezbytná je správná a včasná diagnóza případného deficitu kognitivních schopností.

4.1 Hodnocení poruch kognitivních schopností

Hodnocení poruch kognitivních schopností je komplexní proces, který vyžaduje mezioborovou spolupráci. Je třeba odlišit to, co je vývojově přirozené a co je mimo rozsah normy (omezení tohoto rozlišení je dáno nízkou validitou, spolehlivostí a subjektivitou normy)⁷⁸. Zvláště v počátečních stádiích je obtížné určitelné, co je již známkou začínající

⁷⁷ srovnej: Baštecký, J. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Avicenum, 1994, s. 75-83

⁷⁸ srovnej: Baštecký, J. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Avicenum, 1994, s. 82

nemoci. Testování musí provádět odborník, který je vyškolený a oprávněný k použití konkrétního vyšetření.

Cílem je především včasná diagnostika případného deficitu a stanovení následné léčebné terapie. Základem je nejen zlepšení úrovně kognitivních schopností klienta, ale v případě syndromu demence především co nejdéle udržení zachovalých kognitivních schopností a zmírnění (zastavení) postupu jejich zhoršování.

Při podezření na poruchu kognitivních funkcí a pro diagnostiku demence je třeba spolupráce praktického lékaře, neurologa, psychiatra, psychologa, geriatra a dalších odborníků. Je stanoven program, který musí provést jednotliví specialisté. Praktický lékař získá celkovou anamnézu (osobní- začátek a průběh příznaků, dotazy na změny jednotlivých poruch kognitivních schopností, dotazy na chování, soběstačnost, na změny nálad, dále rodinnou, lékovou, sociální anamnézu- na sociální a ekonomickou situaci nemocného). Dále nemocný projde fyzikálním vyšetřením- interním, neurologickým, psychiatrickým.⁷⁹ Je nutno udělat diferenciální diagnózu a odlišit od poruchy kognitivních funkcí onemocnění, které mohou být zaměnitelné. Ve stáří je časté onemocnění deprese, při kterém se objevuje výrazné zhoršení kognitivních funkcí. Odlišit je také třeba amnestický syndrom, delirium, polékové příčiny a jiné somatické příčiny.⁸⁰ Nemocný může mít potíže s porozuměním a pochopením stanovených pokynů, poskytnuté informace také mohou být nesprávné a je třeba spolupracovat s další osobou, která nemocného zná. Nemocný nemusí přisuzovat důležitost prvopočátkům změn kognice (změnu považuje za projevy stáří) a návštěvu u lékaře dlouho odkládat do doby, kdy je již nemoc výrazně obtěžující. To vše může vést k těžkostem s testováním osoby s poruchami kognitivních schopností.

Samotné hodnocení kognitivních schopností probíhá prostřednictvím standardizovaných testů

⁷⁹ srovnej: Topinková, E. Zlepšení diagnózy demence v primární péči - role mezioborové spolupráce. *Neurologie pro praxi*. 2001, č. 2, s. 78-80.

⁸⁰ srovnej: Topinková, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. UCB Pharma: Praha, 1999, s. 48-52

4.1.1 Příklady testů užívaných při podezření na poruchu kognitivních schopností

Vzhledem k široké problematice existuje mnoho testů kognitivních schopností. Je třeba si vždy uvědomit výhody a nevýhody (omezení) jednotlivých testů, výsledky testů použít jen na to, z jakého důvodu byl test vybrán, a k čemu je určen. Také je nutné vnímat různé vnější a vnitřní činitele, které mohou výsledky ovlivnit.

Pro diagnózu poruch kognitivních funkcí se používají kognitivní testy uvedené v následujícím odstavci⁸¹.

Známý je tzv. test hodin. Úkolem klienta je nakreslit hodiny a ciferník s ručičkami a nastavit je na určitý čas. Test hodin je citlivý na zjištění počínajících stadií demence, neboť se tato nemoc projevuje poruchou prostorového rozlišování. Mezinárodně používaný je Mini-Mental State Examination podle Folsteinových (MMSE). Vyšetřovanými oblastmi jsou orientace, paměť, řeč, pozornost a počítání. Tento test se používá pro diagnózu, a především monitorování střední až těžké demence spíše Alzheimerova typu. Nevýhodou je, že nepokrývá řadu kognitivních funkcí. Výsledkem hodnocení je počet bodů (méně než 23 bodů znamená podezření na syndrom demence). Pro demenci vaskulárního typu je vhodnější Ischemické skóre dle Hachinského. Z dalších testů, které nabízejí zhodnocení kognitivních schopností, si můžeme uvést např. Reisbergovu škálu GDS (Global Deterioration Scale).

V současné době se využívá tzv. Adenbrookský kognitivní test, který měří pozornost, orientaci, paměť, verbální funkce, jazyk, prostorovou představivost. Kromě těchto testů se uplatňuje tzv. Montrealský test- MoCA (Montreal Cognitive Assessment), který je užitečný již pro diagnostiku MCI a lehkých stadií demence. Má větší senzitivitu.

Výše zmíněné testy jsou uvedeny v příloze č. 4.

Mezi další u nás méně využívané kognitivní testy patří např. ADAS- COG (alzheimer diseases assesment scale), který se skládá z testování mentálních schopností a změn chování; SIB (sibere impertment battery) u těžkých demencí (má devět částí- sociální vztahy, orientace, prostorové vnímání, představivost, jazyk, paměť, pozornost, orientace v pojmenování, praktické dovednosti); DRS (dementi rating scale), který má 5 částí

⁸¹ srovnej: Holmerová, I. *Testovník- soubor testů pro gerontologii*. Praha: ČALS, 2003

(pozornost, perseverace, opakování slov, abstrakce a paměť) a řada dalších⁸². Všechny tyto testy slouží k diagnostice a k včasnému odhalení onemocnění demence.

Kulišťák⁸³ varuje před nedostatečností krátkých screeningových škál, především pokud je jejich výsledek použit jako jediné diagnostické kritérium a na základě jednoho klinického vyšetření. Je třeba brát v úvahu mnoho faktorů, které není možno do těchto testů zahrnout. Jednou z námitek je škálování, které není stanoveno na určitá onemocnění, dále problém hloubky vyšetřované oblasti, kdy je například každá oblast pokryta jen jednou položkou a některé důležité znaky narušení kognitivních poruch test nepokrývá.

Testování jsou proto nutná opakovat. Podezření na syndrom demence je posílen, pokud jsou porušeny alespoň dvě oblasti kognitivních funkcí, příp. pokud je tendence k jejich zhoršování.

Již bylo řečeno, že při hodnocení poruch kognitivních funkcí je důležitá především včasná diagnostika. Jejím cílem je co nejdříve zachytit případný deficit. Platí, že čím dříve je porucha kognitivních funkcí zjištěna, tím větší je možnost oddálení progresu a zmírnění projevů nemoci.

Z toho důvodu nabízí pomůcku pro pečovatele a blízké klienta organizace s názvem Česká alzheimerská společnost, která má na svých internetových stránkách zveřejněn krátký dotazník (viz příloha č. 5), zda má testovaný člověk riziko poruchy kognitivních funkcí a zda je z toho důvodu také nutná návštěva u lékaře. Tento dotazník má preventivní funkci a nabízí možnost návštěvy u lékaře v době, kdy nemoc zatím není v pokročilém stadiu progresu.

Kromě tohoto dotazníku představila Česká alzheimerská společnost na 13. pražských gerontologických dnech, které se konaly 20-25. 5. 2009, projekt „Dny paměti“, jehož cílem je právě včasná diagnostika lidí postižených pamětí. Tento projekt probíhá v rámci celosvětové akce „Brain Awareness Week“, kterou pořádá organizace „Dana Alliance for Brain Initiatives“ a její sesterská organizace „The European Dana Alliance for the Brain“. Akce se účastní 76 zemí celého světa.⁸⁴ V rámci tohoto projektu si mají lidé možnost nechat na kontaktních místech vyhodnotit za pomoci standardizovaných testů (Adenbrookský test,

⁸² srovnej: Lezak, M. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 1995, 729-745

⁸³ srovnej: Kulišťák, P. Neuropsychologické a neurologické screeningové škály pro vyšetření frontálních funkcí. In Rektorová, I. et al. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, 2007. s. 41-42

⁸⁴ srovnej: The Dana Foundation. *Brain Awareness Week* [online][cit. 23.5]. Dostupné z WWW: <http://www.dana.org>

MMSE) úroveň svých kognitivních schopností. Pokud je shledán jejich pokles, jsou posláni ke specialistovi, který jim nabídne další možnosti léčby.

Další způsob hodnocení kognitivních schopností klientů nabízí Zgola⁸⁵. Výhodou tohoto hodnocení je to, že jej může vykonávat i pečovatel sám. Tato metoda slouží pro lepší porozumění klientovi a vede ke zlepšení vzájemné komunikace.

4.1.2 Soustavné hodnocení kognitivních schopností

Již bylo uvedeno, že pro diagnostiku poruch kognitivních funkcí existuje mnoho testů a vyšetření. Toto testování má ovšem v pravomoci provést obvykle specializovaný lékař prostřednictvím odborného vyšetření, bez něhož se diagnóza demence neobejde. V rukách jiných hodnotitelů jsou výsledky těchto testů neprůkazné a zavádějící. Představu o úrovni kognitivních schopností u člověka s demencí a průběhu změn těchto schopností však potřebuje mít každý, kdo s nemocným člověkem pracuje. Tyto informace jsou důležité proto, aby pečovatel věděl, jak vývoj nemoci pokračuje, jak se u nemocného porucha projevuje, co je v jeho silách, co již není, jaké jsou jeho specifické potřeby, co by pro něj mohlo být stresující a zátěžové apod.

Jitka M. Zgola nabízí hodnocení kognitivních funkcí⁸⁶, které neudává diagnózu ani stupeň nemoci a také diagnózu nenahrazuje. Pečovatelům však umožňuje právě toto objektivnější soustavné zjišťování kognitivních schopností, a tím i kompetencí nemocného člověka. Zároveň s tím je třeba si uvědomit rizikové faktory tohoto testování. U zranitelné osoby by mohlo toto dotazování vést k nejistotě, úzkosti, nepřiměřené reakci zapříčiněné konfrontací s nemocí, pocity selhání a neúspěchu. Z toho důvodu je třeba postupovat citlivě, více chování nemocného pozorovat, případné dotazy pokládat opatrně s individuálním přístupem ke každému člověku. Oblasti tohoto hodnocení jsou: paměť, expresivní jazyk, receptivní jazyk, psaný jazyk, pozornost, abstrakce, úsudek, vhled, vizuálně prostorové vnímání, vizuálně motorická koordinace a výkonové funkce.

Navrhnuté okruhy hodnocení kognitivních funkcí spolu s dotazy a významem zjištěných informací jsou uvedeny v příloze č. 6.

⁸⁵ srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 51

⁸⁶ srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 51-56

Tato kapitola měla za cíl nastínit možnosti, jak hodnotit kognitivní schopnosti a diagnostikovat jejich poruchu. Zdůrazněn přitom byl požadavek včasné diagnostiky. Dále jsem poukázala na obtížnost a nutnost používat jednotlivé testovací metody opatrně, opakovaně, odborně, s individuálním přístupem ke každému člověku a znalostí omezení, které jednotlivé testy mají.

V následující kapitole se pokusím popsat, jaké možnosti existují pro zlepšení, udržení a rehabilitaci kognitivních schopností ve stáří a u lidí s onemocněním demence právě z hlediska podpory jejich poznávacích funkcí a s důrazem na klienty v domovech pro seniory.

5 MOŽNOSTI ROZVOJE, UDRŽENÍ A PODPORY KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ VE STÁŘÍ

Kognitivní schopnosti je možné ovlivnit mnoha způsoby. Na prvním místě jsou preventivní opatření v podobě celoživotního vzdělávání, duševní a psychické činnosti a aktivního životního stylu. Pokud se již pokles kognitivních funkcí objeví, využívají se farmakologické (kognitiva, inhibitory acetylcholiesterázy...) a nefarmakologické postupy (aktivní životní styl, fyzická aktivita, pitný režim, stravovací návyky, sociální kontakty, kognitivní tréninky). Jako optimální se jeví taková péče o kognitivní schopnosti seniorů, která je kombinací všech zmíněných možností.

Tato kapitola se bude věnovat nefarmakologickým postupům a možnostem tréninku (rehabilitace) kognitivních funkcí s důrazem na podporu poznávacích funkcí u lidí s demencí a na aktivity, které probíhají v domovech pro seniory.

Přestože se touto problematikou zabývají četné studie, nelze zatím dostatečně tvrdit, zda je či není kognitivní trénink účinnou prevencí proti onemocnění demence. Významná je v tomto smyslu např. studie ACTIVE⁸⁷, jejíž výsledky neprokázaly, že trénováním paměti dojde k pozdějšímu nástupu demence. Obecně se však předpokládá, že kognitivní schopnosti je možné pozitivně ovlivnit prostřednictvím různých činností, aktivit a tréninků, se kterými je optimální začít, co nejdříve ještě v době, kdy je pokles těchto schopností v počátečních stádiích. Naopak pokud nebudou procvičovány, může dojít k jejich rychlejšímu poklesu a ztrátě. Výzkumy většinou také potvrzují příznivý vliv pravidelné fyzické aktivity na určité kognitivní schopnosti seniorů (někteří autoři však tento vliv naopak vyvracejí)⁸⁸. Vhodná je kombinace tréninku kognitivních schopností a pohybových aktivit.

Samotný kognitivní trénink je složen z různých činností, které pomáhají zlepšit fungování jednotlivých poznávacích schopností, působí proti procesu stárnutí a zlepšují paměťové výkony, zlepšují prokrvení mozku a vytváří nové funkční spoje. Kromě toho kvalitní program nabídnutý seniorům udržuje jejich soběstačnost, zlepšuje psychický stav a

⁸⁷ srovnej: Sabbagh, M. *The Alzheimer's Answer*. New York: Wiley John & Sons, 2008, s. 186

⁸⁸ srovnej: Chodzko-Zajko, W. National Blueprint: Increasing physical activity adults 50 and older. In Poon, L., Chodzko-Zajko, W. Tomporowski, P. *Active living cognitive functioning and aging..* Champaign: Human Kinetics, 2006, s. 9-10

brání sociální izolaci. Důležitý je dostatek nových zevních podnětů a neustálé udržování kognitivních schopností v činnosti (čtení, křížovky, soutěžní pořady, noviny a mnoho dalších).

Úroveň kognitivních schopností závisí na dalších faktorech, jako je dostatek spánku, pravidelný režim, vhodná strava, dostatek vitamínů, tekutin apod.

Důležité je, aby každý program byl v souladu s potřebami a zájmy člověka a respektoval jeho osobnost. Měl by být jak cvičením, tak zábavou.

5.1 Vzdělávání seniorů

Vzdělávání u seniorů přispívá k pocitu životní pohody, pocitu důstojnosti a životního uspokojení, ke společenskému začlenění, pomáhá při orientaci v situacích, zlepšuje duševní a také fyzickou kondici člověka, zvyšuje schopnost samostatně se rozhodovat⁸⁹. Může ukázat novou životní perspektivu.

Výchovou a vzděláváním seniorů ve stáří se zabývá vědní obor gerontopedagogika (geragogika, gerontagogika), která je v širším slova smyslu součástí andragogiky (výchovně vzdělávací aktivity totiž nelze vytrhnout z kontextu, neboť se jedná se o celoživotní proces). Plní několik funkcí: preventivní (probíhá po celý život), rehabilitační (udržet a posílit schopnosti), anticipační, adaptační, kompenzační, aktivizační, relaxační funkce, mezigenerační působení a funkce kultivační.⁹⁰ Vzdělávání seniorů označujeme jako celoživotní vzdělávání a týká se všeobecného seniorského vzdělávání (výuka informatiky, jazyků, tréninky paměti, apod.), rozvoje nebo udržení kvalifikace.

Nejnáročnější možností vzdělávání pro seniory jsou tzv. Univerzity třetího věku, které umožňují seniorům vysokoškolské studium určitého oboru. V České republice vznikla první univerzita třetího věku v roce 1986 v Olomouci, v současné době je toto studium realizováno na velkém počtu vysokých škol. Dále to jsou lidové univerzity (různé přednáškové bloky, např. v Městské knihovně v Praze), kluby aktivního stáří (spíše neformální instituce trvalejšího charakteru) a v současné době vznikají tzv. akademie třetího věku mající

⁸⁹ srovnej: Mühlpachr, P. Geragog jako nová profese v procesu celoživotního vzdělávání. *Pedagogická orientace*. 2002. č. 4, s. 97

⁹⁰ srovnej: Palán, Z., Langer, T. *Základy andragogiky*. Praha: Univerzita J.A.Komenského, 2008, s. 65

především kulturně osvětový charakter (organizovány pod záštitou různých organizací a institucí- Akademie J. A. Komenského, Červený kříž, Domy kultury). Dále existují kluby třetího věku jako dobrovolná sdružení seniorů a Univerzity volného času- zájmové celoživotní vzdělávání pro širokou populaci, které fungují v mnoha městech ČR (Havlíčkův Brod, Pardubice, Bohumín apod.).⁹¹

Vzhledem k odlišnému procesu učení je třeba respektovat některé zásady při vzdělávání seniorů. Při cvičení je potřeba rozdělit učivo na několik částí, vyjadřovat se pomalu a srozumitelně, žádat zpětnou vazbu, respektovat způsob a tempo učení, opírat se o individuální možnosti a schopnosti seniorů, používat názorné pomůcky, nedávat mnoho úkolů najednou a poskytovat podporu a ocenění.⁹² Jednou z možností učení seniorů jsou tréninky kognitivních schopností.

5.2 Trénování kognitivních schopností u seniorů

Trénováním paměti a dalších kognitivních funkcí u seniorů se zabývá mnoho organizací a společností. Jedná se o placené i dotované kurzy, hodiny, semináře, přednášky a pobyty (např. týden pro aktivní seniory na Českomoravské vysočině). Tyto akce se konají v mnoha domovech pro seniory, stacionářích, knihovnách, kulturních domech apod. Kognitivní trénink zpomaluje ubývání neuronů a vytváří nová nervová spojení. Aktivita také navozuje pocit dobré nálady a klidu navozeného úspěchem, a to zpětně působí na schopnosti člověka. Stres, nuda, nezáměr tyto schopnosti zhoršuje.⁹³ Kognitivní trénink otevírá prostor pro realizaci, využití vlastních dovedností, ovlivňuje prožívání hodnoty života, zmírňuje apatii a pasivitu, podporuje společenské začlenění seniorů. Vhodný je pro všechny, jen je třeba přizpůsobit náročnost úkolů schopnostem klienta.

Do kognitivního tréninku můžeme zahrnout trénování paměti krátkodobé i dlouhodobé, trénink smyslových funkcí, čtení a zopakování předčteného, učení se něčemu novému, různé slovní hry, hry s písmeny, trénování počítání a pozornosti, psaní, podpora a udržování komunikace, luštění křížovek a hádanek, společenské hry, aktivní životní styl.

⁹¹ srovnej: Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, s. 139-140

⁹² srovnej:: Klevetová, D., Dlabačová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 52-55

⁹³ srovnej: Klevetová, D., Dlabačová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 48-49

Trenéry paměti školí např. Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging v Praze pod vedením Ing. Dany Steinové⁹⁴.

Programy vzdělávání seniorů svou orientovaností právě na lidi seniorského věku se znalostí specifik a odlišností této skupiny hrají v prevenci poklesu kognitivních schopností u seniorů nezastupitelnou roli. Návštěva těchto kurzů a seminářů je však problematická pro klienty v domovech pro seniory, kteří se jich často z důvodů snížené soběstačnosti nemohou (a často ani nechtějí) zúčastnit. Kromě zhoršeného zdravotního stavu se pro ně jako negativum jeví zátěž, kterou způsobuje každá změna v životě seniora, obava, kdo by se na semináři o klienta postaral, kdyby se něco stalo apod. Z toho důvodu mnoho zařízení nabízí aktivity podporující kognitivní funkce přímo domovech pro seniory, příp. v jejich nejbližším okolí.

5.2.1 Možnosti trénování kognitivních schopností u klientů v domově pro seniory

Sociální služba domov pro seniory (a také domov se zvláštním režimem) má uvedeno v zákoně č. 108/2006 jako jednu ze základních služeb aktivizační činnosti. Mnoho zařízení má v rámci těchto aktivizačních činností rovněž programy týkající se podpory kognitivních funkcí, tedy kognitivní tréninky. Ty mohou v zařízení probíhat prostřednictvím jak individuálních, tak skupinových aktivit.

Z hlediska kognitivních schopností můžeme uvést některé cíle aktivizačních technik v domovech pro seniory. Patří sem udržení zachovalých schopností, posilování kapacity paměti, umožnění adekvátního vnímání a úsudku (úprava prostředí, nematoucí pokyny), dostatek senzorických podnětů, uspokojení individuálních potřeb a sociální začlenění.⁹⁵

Častou aktivitou v zařízeních jsou tzv. tréninky paměti, obvykle probíhající opakovaně a strukturovaně. Skupina by měla být homogenní, probíhat alespoň dvakrát týdně půl hodiny až hodinu v počtu 5-15 účastníků, činnosti by se měly střídát tak, aby se všichni do aktivity

⁹⁴ srovnej: Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. *Trénování paměti.cz* [online][cit. 2009-01-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.trenovanipameti.cz/>>

⁹⁵ srovnej: Kozáková, Z., Müller, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, s. 38-39

zapojili⁹⁶. Za důležité považují, aby v každém domově pro seniory byl pokud možno alespoň jeden vyškolený trenér paměti pro odborné vedení této aktivity v zařízení.

Kromě tréninků paměti jsou častými aktivitami v zařízeních různá trénování smyslů, pozornosti, podpora vzpomínání (do této kategorie spadá tzv. reminiscenční terapie, které je velice účinná při práci s klienty s poruchou kognitivních funkcí, a z toho důvodu bude uvedena později). Kognitivní schopnosti rozvíjí také různé tematicky zaměřené kluby, diskusní skupiny, rukodělné práce, tvořivé činnosti a další pracovní činnosti- starost o zvířata, o zahradu, vaření, úklid apod. Všechny tyto aktivity podporují např. paměťové funkce, pozornost, tvořivé myšlení, plánování činností, abstraktní myšlení.

Výše uvedené nabídky činností zaměřené na kognitivní funkce u seniorů do jisté míry korespondují s aktivitami vhodnými pro lidi s poruchou kognitivních schopností. Ty by měly být šetrnější a přizpůsobené každému klientovi s důrazem na individuální přístup.

5. 3 Možnosti podpory kognitivních schopností u seniorů s poruchou kognitivních funkcí

Pro klienty s poruchou kognitivních funkcí je trénování a pravidelné podporování kognitivních schopností velice důležité pro jejich zachování, příp. zlepšení nebo zpomalení průběhu nemoci. Podstatný je již zmíněný individuální přístup ke každému klientovi, pravidelnost, důraz na zachované schopnosti a kompetence a jejich užívání, šetrnost (vyvarování se zatížení klienta), znalost problematiky onemocnění a nepřetržité získávání informací o klientovi. Právě sbírání informací o nemocném člověku, znalost jeho schopností, zvyků, názorů, minulosti, uchovaných vzpomínek, zážitků dřívějších i aktuálních a osobnostních rysů má zásadní význam při péči o člověka s demencí.

Uvedme si problematiku podpory některých dílčích kognitivních funkcí u klientů s demencí. Nejčastějším projevem nemoci jsou **poruchy paměti**. Klienty proto spíše informujeme bez pokládání otevřených otázek a konkrétní informace často opakujeme tak, aby se zafixovali. Na krátkodobou paměť je třeba se nespolehat a využívat především dlouhodobé paměti nemocného člověka. Podněcování klienta k tomu, aby hovořil o tom, co zná, u něj může navodit pozitivní pocity. Důležitý je také pravidelný režim dne a příprava na

⁹⁶ srovnej: Kukolová, M. Mentální aktivizace seniorů. *Psychologie dnes*. 2005, č. 12, s. 28-29

všechny události. Další oblastí, která zaznamenává pokles, je **pozornost**. Tu podpoříme omezením rušivých vlivů, poskytováním smysluplných podnětů postupně v malých kouskách, podporou orientace člověka a přiměřenými požadavky vůči němu. Důležité je přizpůsobit se schopnostem nemocného člověka a hledat možnosti upoutání pozornosti takovými programy, činnostmi a prostředím, které umožní využít zachovalou kapacitu pozornosti. I člověka vtaženého do sebe lze obvykle určitými podněty upoutat. V oblasti **myšlení** je třeba omezit množství výběru, předvídat potenciální chyby, nikdy se nehádat s nemocnou osobou a ustoupit, i přestože má nesprávný náhled na situaci. Pokles abstraktního myšlení vyvolává to, že klient bude brát vážně vše, co je řečeno. Patrná je také výrazná emocionalita. Těmto výrazným emocím je třeba dát průchod a nemocného nijak nenapomínat. V oblasti **vnímání** je důležité vyloučit stimuly, které jsou beze smyslu nebo matoucí. Vhodné je vytvořit přiměřeně barevné a stálé prostředí, kde se klient bude lépe orientovat, a zajistit neměnnost celkového uspořádání prostředí spolu s dostatečným osvětlením, výrazným kontrastem, rozlišitelností předmětů, odstraněním stínů a ostrého světla v prostředí.⁹⁷

Zásadním tématem, o němž je potřeba se zmínit je široká oblast **komunikace** s člověkem s poruchou kognitivních schopností. Nemocní jsou citliví na chování druhého člověka, na jeho verbální a neverbální vyjadřování. Nezbytný je vstřícný, klidný, trpělivý přístup, zájem o člověka, aktivní naslouchání, dostatečné věnování pozornosti, úcta vůči nemocnému člověku apod. V příloze č. 7 jsou uvedeny některé zásady komunikace s člověkem s onemocněním demence a přístupu k němu. Uvědoměním si uvedených faktorů a optimálním přístupem ke klientovi podle těchto pravidel omezíme u nemocného pocity nejistoty, strachu, úzkosti a obav. To má zpětný vliv na chování nemocného a průběh celého onemocnění.

Důležité je, co nejlépe využít a podpořit zachovalé schopnosti, dovednosti a jiné osobnostní vlastnosti člověka s poruchou kognitivních funkcí a podle toho poskytovat péči, nabízet aktivizační činnosti a hledat možnosti komunikace. Velice pozitivní dopad na oblast kognitivních funkcí (a také na psychiku člověka) má snaha o udržování klientovi soběstačnosti ve smyslu hygieny, oblékání, jídla, stolování, stlaní, umývání nádobí, kdy klient při těchto známých běžných činnostech pomáhá, příp. je vykonává samostatně. Toto přirozené

⁹⁷ srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 73-80

trénování kognitivních schopností je optimálnější než uměle navozené situace skupinových či individuálních tréninků paměti.

Holmerová navrhuje tři možnosti zachování či zlepšení kognitivních schopností klientů s poruchou kognitivních funkcí: kognitivní rehabilitace, reminiscenční terapie a orientace v realitě⁹⁸. Tyto možnosti lze označit na základě praktické zkušenosti za funkční, a proto se jim budou věnovat následující oddíly.

5.3.1 Kognitivní rehabilitace

U klientů s poruchou kognitivních funkcí hovoříme spíše o tzv. kognitivní rehabilitaci než o kognitivním tréninku. Cílem je omezit nebo zabránit zhoršování kognitivních funkcí, a tím zpomalit průběh nemoci. Jedná se o nesoutěživé zjednodušené procvičování a podporu kognitivních schopností bez nároků na čas. Ve skupině by mělo být pět, max. deset členů. Před tímto tréninkem je vhodné krátké fyzické cvičení. Úkoly by měly být jednoduché, přicházet postupně a být splnitelné s ohledem na schopnosti a dovednosti každého účastníka. Terapeut by neměl jednotlivé členy vyvolávat, ale ponechat na nich, zda mají zájem o aktivní účast, či nikoliv. Aktivita musí především vyvolat zájem a klienty bavit.⁹⁹ U klientů s mírnou kognitivní poruchou využíváme technik na procvičování krátkodobé paměti, u klientů s pokročilým stupněm demence procvičujeme spíše dlouhodobou paměť.

Můžeme využít typy cvičení, které jsou vhodné pro klienty v domově pro seniory, jen tyto techniky zjednodušit, přizpůsobit je a hledat možnosti a zdroje u každého klienta jednotlivě. Jedná se o nepřeberné množství úkolů, možností, námětů a způsobů kognitivní rehabilitace- různé hrátky se slovy (slova na určitá písmena, přesmyčky, jazykolamy, přirovnání, protiklady, synonyma), opakování vědomostí (příslloví, hlavní města, spisovatelé, různé otázky a testy), zpívání, procvičování smyslů neboli senzorická stimulace (hmat- hlazení, oblékání, masírování, čich- pečení, vůně jídel, rostlin a dalších, zrak- sledování televize, staré fotografie, promítání, sluch- poznávání zvuků, hudba, chuť- výrazná chuť některých potravin apod.).

⁹⁸ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 158-188

⁹⁹ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 158-173

5.3.2 Orientace v realitě

Do této oblasti spadá kromě techniky orientace v realitě také validizační terapie a rezoluční terapie.

Cílem orientace v realitě je dávat klientovi srozumitelně a citlivě informace týkající se každodenních běžných situací, aby se mohl orientovat v čase, místě, ději a osobou. Tato technika pomáhá navodit u klienta pocit bezpečí. Zapojení musí být všichni pečující. V některých případech může vést k vyprovokování obranných mechanismů, agresivitě, úzkosti apod. Z toho důvodu je třeba aplikovat ji opatrně a u klientů s pokročilým stadiem demence tento přístup nepoužívat. Orientace bude pro klienta snadnější vytvořením vhodného prostředí. Je možné opatrně nemocného korigovat správnějším směrem, ale nikdy se s ním nedohadovat a nevyvracet jeho slova. Pokud je klient rozrušený, je vhodnější použít metodu validace.¹⁰⁰

Validace (validační terapie) je technika sociální pracovnice N. Feilové. Jejím cílem je pomoci prožít a vyřešit minulé traumata a nedořešené problémy. Pomáhá lidem s vyrovnáním se, snižuje stres, nudu a navozuje pocity životní pohody. Při validaci jsou brány na vědomí a potvrzovány všechny emoce nemocného. Důležitá je snaha klientovi rozumět, potvrzovat mu jeho důstojnost, respektovat jej a dodávat mu pocit vlastní hodnoty. Samotná metoda validace probíhá ve stádiu špatné orientace ve validačních skupinách a ve stádiu dezorientace více jako individuální činnost s klientem.¹⁰¹ Podobně se doporučuje pracovat s klientem s demencí (ve stádiu lehké až středně těžké demence ve skupinách, ve stádiu těžké demence jako individuální práce s klientem).

Pokud již onemocnění postoupilo tak, že není možné obnovování reality, využívá se technika tzv. rezoluční terapie. Tato metoda to, co klient vnímá a řekne, považuje za realitu, kterou nijak nemění. U těchto klientů se minulost stává přítomností. Je třeba znát životní příběh nemocného a přijímat jeho pocity takové, jaké jsou v současnosti.¹⁰²

¹⁰⁰ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 174-179

¹⁰¹ srovnej: Rheinwaldová E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, s. 42-48

¹⁰² srovnej: Klevetová, D., Dlabačová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 115-116

Všechny tři metody spojuje individuální přístup ke každému klientovi a důraz na respektování nemocného člověka. Někdy je do validační terapie také zařazována tzv. reminiscenční terapie, tedy terapie prostřednictvím vzpomínek.

5.3.3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie využívá vzpomínek a jejich vybavování. Umožňuje klientům, aby si vybavili příjemné vzpomínky na zážitky a události v minulosti. Nejde o cvičení kognitivních schopností, ale myšlení, paměť, vnímání se přesto trénují.

Cílem reminiscenční terapie je zlepšení stavu klientů, posílení jejich důstojnosti, sebeúcty, zlepšení komunikace a sociální kontakt. Vrací klientům sebedůvěru a uvědomění si vlastní osobnosti. Také pomáhá pečovatelům a blízkým lidem, kteří se prostřednictvím reminiscence mohou seznámit se zájmy a potřebami klientů a získávají informace důležité pro pochopení klientových reakcí.¹⁰³ Terapeut musí pozorně klientům naslouchat, být empatický, citlivý, zvládnout emoce a projevovat zájem.

Reminiscence může být individuální nebo skupinová. Probíhá mnoha způsoby (vyprávění, drobné domácí či řemeslné činnosti, pohybová aktivita, malování, divadlo, vzpomínkové prostředí, slavnosti apod.) jako konkrétní plánovaná aktivita nebo během dne v rámci jiné činnosti. V průběhu vzpomínání je třeba se zabývat tématy, jež jsou spojeny s něčím příjemným, aby klienta činnost pozitivně naladila (dětství, rodinný život, vnoučata, práce, kultura apod.).

Při reminiscenci se používají různé pomůcky a materiály, které mohou dopomoci při vzpomínání- různé staré předměty a věci klientům blízké- staré fotografie, předměty, knihy, zápisníky, časopisy a další.

Pro zachování pocitu duševní pohody, zlepšení koncentrace, paměti, komunikace a jiných kognitivních schopností, snížení úzkosti a deprese a zvýšení sebedůvěry jsou využívány další techniky. Některé jsou uvedeny v následujícím oddílu.

¹⁰³ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 181-188

5.3.4. Další možnosti podpory kognitivních schopností u seniorů s poruchou kognitivních funkcí

Na prvním místě je třeba uvést kinezioterapii a cvičení, které pozitivně ovlivňuje a zároveň trénuje kognitivní schopnosti. Klienti mohou sami vymýšlet jednotlivé cviky, vykonávají cviky nápodobou či napodobují samostatně některé činnosti (různé druhy sportů, domácí činnosti, hra na hudební nástroje). Do kinezioterapie můžeme také zahrnout činnosti mimo samotné skupinové aktivity (práce na zahradě, drobné domácí práce, procházky). Holmerová¹⁰⁴ popisuje některá pravidla v souvislosti s kinezioterapií klientů s poruchou kognitivních schopností: nabídnout dobře dešifrovatelná cvičení, nesnažit se opravovat chyby, vyhnout se cvikům, které vyžadují koordinaci více částí těla, a cvičení přizpůsobit jednotlivým schopnostem klientů.

Další možností podpory poznávacích schopností jsou taneční a pohybové programy. Tyto programy probíhají v kruhu (dává to pocit jistoty a spoluúčasti na aktivitě), není při nich důležitá estetická stránka, ale zdůrazňují se psychologické (neverbální komunikace, zlepšení emotivity), fyzické a sociální (vytvoření podpůrné skupiny) faktory.¹⁰⁵ Je zřejmé, že také při tanci se podporují kognitivní schopnosti klienta (tvůrčí činnost, komunikace, fantazie, představivost, vnímání).

Účinným nástrojem je muzikoterapie, neboť texty písní, melodie, známé básně a říkanky jsou v dlouhodobé paměti uchovány nejdéle. Rytmus je možný udržet za použití jednoduchých nástrojů. Zpívání je snadno zvládnutelné, podporuje jak kognitivní schopnosti, tak sebepojetí klienta. Kromě toho může být nástrojem komunikace. Klienti i v pokročilém stádiu demence často bez potíží zazpívají písničku, řeknou básničku. Slova písní se také často vybavují klientům s poruchou komunikace a klientům s onemocněním afázie, kteří se hůře vyjadřují.

Pozitivní vliv má také arteterapie (zvyšuje sebevědomí klienta, dává mu pocit smysluplnosti, stimuluje jeho kreativitu, fantazii, představivost, pozornost a paměť) a

¹⁰⁴ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 190

¹⁰⁵ srovnej: Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007, s. 204

petterapie (zlepšuje psychický stav člověka, je prostředkem komunikace a může být prostředníkem mezi klientem a pečovatelem).

Na kognitivní schopnosti působí další činnosti jako je pečení, vaření a domácí práce. Ty podporují zachovalé dovednosti klienta, dlouhodobou paměť, vzpomínání a pozornost. Zároveň zvyšují sebepojetí klienta, dávají mu pocit, že něco dokáže. Vedoucí této aktivity musí přidělovat úkoly individuálně každému klientovi tak, aby je dokázal zvládnout.

Další možností podpory kognitivních schopností je technika bazální stimulace a technika tzv. preterapie.

Při bazální stimulaci jde o cílenou stimulaci smyslových orgánů a komunikaci prostřednictvím smyslů. Cílem je podpora vnímání a zlepšení stavu klienta, navázání komunikace, pomoc klientovi s orientací a s uvědoměním si vlastního těla. Terapie vychází z toho, že většina stimulů přicházející ke klientovi je neznámá a budí obavu. Klient slyší zvuky (nejdéle funkční smysl je sluch), ale nerozumí jim. Také nerozumí slovům, neví, kdo na něj mluví, kde je apod. Bazální stimulace je v tomto smyslu alternativní metoda komunikace, kdy je nejdůležitější empatie k verbálním i neverbálním projevům klienta. V popředí je porozumět stylu komunikace klienta, pochopit jeho potřeby a stimulovat smysly příjemnými podněty a dotekem. Při dotýkání je důležitá intenzita a lokalizace dotyku. Klient tak pozná pomocí doteku, že s ním komunikujeme.¹⁰⁶ Bazální stimulace je vhodná pro klienty s poruchami vnímání, myšlení, hybnosti, komunikace, příp. pro lidi v terminální fázi nemoci.

U obtížně komunikujících klientů se užívá technika tzv. preterapie, jejímž autorem je G. Prouty¹⁰⁷. Tato metoda spočívá v reflektování toho, co u klienta vnímáme. To u něj posiluje kontakt s realitou, s okolím, se sebou samým, s druhými a zároveň je to možnost komunikace. Klient si prostřednictvím této reflexe uvědomuje své vlastní pocity a sdílí je s pracovníkem.

V neposlední řadě má vliv na kognitivní schopnosti klienta fyzické prostředí, v němž žije. Významné je především minimalizovat nejistotu a úzkost klienta a navození prostředí bezpečí, jak emocionálního tak fyzického. Základem je minimalizace fyzického ohrožení klientů tak, aby byla zachována sebeúcta klienta a možnost mít kontrolu nad svým životem.

¹⁰⁶ srovnej: Rohanová E. *Bazální stimulace*. In Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV, 2007, s. 247-253

¹⁰⁷ srovnej: Prouty, G. Werde, W., Pörtner, M. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005, s. 36

Bezpečné prostředí tedy neznamená zamykat a zavírat klienty, ale vytvořit chráněné prostředí, které zajistí podporu a zároveň zamezí případnému ohrožení klienta.

V mnoha zařízeních (jak v ČR, tak v dalších státech) se osvědčil otevřený prostor (prosvětlená hala), uprostřed něhož je prosklená místnost sester. Klienti tak mají pocit, že je kdykoliv někdo nablízku a cítí se v bezpečí. Kruhový prostor zase umožňuje těm klientům, kteří tzv. bloudí, někam jít (někdy se tento prostor doplňuje např. modelovou autobusovou zastávkou). To může být pomoc v případě, že má klient tendenci odcházet, či utíkat.

Prostředí by mělo reflektovat potřeby klienta, pozor by se mělo dát na příliš dětinskou výzdobu, která může vyvolat snížení sebedůvěry klienta. Prostory by měly být dostatečně osvětleny. Lidé by měli mít možnost procházek po prostoru tak, aby neměli pocit nebezpečí, obav a neměli potřebu utéci. Prostředí také může vyvolávat vzpomínky, být podnětné a stimulační.

V předchozích kapitolách jsem se snažila shrnout obecné poznatky týkající se kognitivních schopností ve stáří se zvláštním poukazem na syndrom demence jako časté příčiny poruch kognitivních funkcí. Dále jsem se zabývala možnostmi, kterými je možné kognitivní schopnosti trénovat s cílem jejich zlepšení, udržení, rehabilitace, příp. minimalizace jejich zhoršování.

Zásadní význam vidím především v individuálním přístupu ke každému klientovi, v uvědomění si jeho jedinečnosti a potřeb, zachovalých schopností a dovedností. Podle toho je nutno ke klientovi přistupovat v každodenním kontaktu.

V následující kapitole bych chtěla popsat Domov pro seniory Zahradní Město a uvést činnosti a aktivity, které zařízení klientům nabízí pro podporu jejich kognitivních schopností. Dále se pokusím uvést návrhy a případná doporučení pro zlepšení péče o klienty z hlediska podpory poznávacích schopností.

6 EMPIRICKÁ ČÁST- PODPORA KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ KLIENTŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY ZAHRADNÍ MĚSTO

Tato práce je zaměřena na klienty v Domově pro seniory Zahradní Město, proto bych v této kapitole nejprve ráda popsala základní informace o tomto zařízení.

6.1 Domov pro seniory Zahradní Město- obecné informace o zařízení

Domov pro seniory je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Hlavní město Praha. Zařízení vzniklo v roce 1969 a v současné době prochází mnoha změnami. K nim patří systémová práce nad standardy, jejich zavádění a naplňování. Dále dochází k modernizaci a rekonstrukci celého objektu tak, aby byla zajištěna kvalitní péče všem uživatelům služeb, naplňována jejich práva a oprávněné zájmy. To vše v souladu se zákonem a již zmíněnými standardy kvality sociálních služeb.

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhlášky 505/2006 k provedení zákona o sociálních službách¹⁰⁸, má Domov pro seniory registrovány dva druhy sociálních služeb- domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

1) Domov pro seniory

V rámci Domova pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

2) Domov se zvláštním režimem

Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou

¹⁰⁸ srovnej: *Portál veřejné zprávy ČR. : Zákon o sociálních službách 108/2006* [online][cit. 2008-12-08].

Dostupný

z

WWW:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=>.

soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Uživatelům služeb poskytuje Domov pro seniory Zahradní Město pobytové služby, sociální a zdravotně ošetrovatelské služby, a to v rozsahu zákona o sociálních službách a příspěvku na péči. Výše jmenované služby dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách obsahují tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Uvedme si nyní stručně základní údaje o zařízení.

Domov pro seniory Zahradní Město má pět pater. V prvních dvou patrech (příp. oddělení) bydlí klienti, kteří jsou více soběstační, na dalších třech patrech klienti méně soběstační. Toto rozdělení je z technických a personálních důvodů (počet personálu, poskytovaná péče, přístup k lůžku z více stran, prostor, vybavení pater apod.). Zařízení je podpodlažní, proto se při vstupu vrátnicí ocitneme v hale na třetím patře.

Kapacita zařízení je 269 míst (100 lůžek v Domově pro seniory a 169 lůžek v Domově se zvláštním režimem), pokoje jsou 2 – 3 lůžkové. Mezi další vnitřní prostory patří vstupní hala, klubovny s televizí, knihovny, pracovna obyvatel, výtvarná dílna a mezi venkovní prostory je zahrnuta zahrada a terasa. Oddělení jsou otevřená, klienti mohou procházet celým zařízením, probíhající aktivity se konají na různých patrech a v různých místnostech.

Úhrada za pobyt je stanovena dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb. Jestliže je klientovi přiznán dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách příspěvek na péči, celková úhrada v jeho výši náleží zařízení.

V rámci naplňování standardů má zařízení definováno poslání, cíl a cílovou skupinu pro poskytování sociální služby¹⁰⁹.

6.1.1 Poslání Domova pro seniory Zahradní Město

Smyslem poskytovaného typu sociální služby domova pro seniory je podpora autonomie a sociálního začlenění klientů, podpora v soběstačnosti, která umožňuje seniorům zachování samostatnosti a nezávislosti; dále zajištění kvalitní zdravotně ošetrovatelské péče pro důstojné prožití stáří klientům, jejichž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav jim obnovu samostatnosti již neumožňuje.

Smyslem poskytování sociálních a zdravotně ošetrovatelských služeb v domově se zvláštním režimem je podpora sociálního začlenění klientů a zajištění kvalitní péče pro důstojné prožití stáří klientů, u nichž obnova soběstačnosti není z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu možná.

6.1.2 Cílová skupina

V domově pro seniory jsou cílovou skupinou senioři od 65 let věku, kteří se nejsou schopni pro svou nepříznivou sociální situaci, pro své stáří a ztrátu soběstačnosti o sebe trvale a nepřetržitě postarat a nemohou žít sami; a kteří nejsou schopni zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby ve vlastním prostředí a tyto potřeby nelze zajistit pomocí rodiny, či využitím terénních sociálních služeb.

V domově se zvláštním režimem jsou cílovou skupinou senioři od 65 let věku se sníženou schopností uplatňovat svá práva, se sníženou soběstačností v základních životních dovednostech, kteří potřebují částečnou nebo úplnou péči a podporu při zabezpečení životních a osobních potřeb, zajištění ubytování, stravy a hygieny a kteří trpí poruchami paměti a orientace.

¹⁰⁹ Metodické pokyny Domova pro seniory Zahradní Město, Domov pro seniory Zahradní Město: 2008

6.1.3 Příjem klienta

Klient je přijímán na základě pořadníku, který je vytvořen prostřednictvím přesně stanovených kritérií a bodových ohodnocení. Při tzv. předpříjmu se zjišťují základní údaje o klientovi, včetně jeho zvyků, zájmů, přání, stylu jeho života apod.

Po příchodu do zařízení je klientovi představen personál. Klient je seznámen s prostředím a organizací provozu, možnostmi hygieny, vycházek, pohybu po objektu a mimo něj. Dále je seznámen se spolubydlícími na pokoji. Personál je informován o zdravotním stavu klienta a zkompletována celá jeho dokumentace. Klient je začleněn, pokud možno co nejrychleji do běžného chodu Domova a jsou mu nabízeny možnosti trávení volného času a účasti na aktivizačních programech.

Adaptační období

Za adaptační období klienta se považují obvykle tři měsíce po příchodu do zařízení, ale tato doba se mění dle individuálních potřeb klienta.

V tomto období je klientovi věnována zvýšená každodenní pozornost všech pracovníků, jsou s ním vedeny rozhovory, zjišťovány potřeby a přání, jeho spokojenost a další důležité informace nezbytné pro kvalitní péči. Je mu nabízena podpora a pomoc. Klient je motivován k účasti na skupinových programech a nabízí se mu další aktivizační možnosti.

Pro adaptační proces klienta je nezbytná komplexní spolupráce všech pracovníků, kteří o klienta pečují, a také jeho blízkých, kteří jsou seznámeni a zapojeni do procesu adaptace. Rodina dostává informace o poskytovaných službách.

S klientem je veden individuální plán služby, v němž je proces adaptace začleněn. Zohledňuje se přitom způsob přístupu klienta při vyrovnávání se s problémy, přístup k životu, nároky na soužití, sociální osobnost klienta a jeho charakteristické rysy, sociální charakteristika apod.

Cílem je poznávat a zabezpečit vhodné podmínky pro plynulý přechod klientů do zařízení, realizovat a rozvíjet péči jako celek a v přiměřeně krátkém čase s omezením ohrožujících stresů začlenit klienta do kolektivního života zařízení. Dále je cílem adaptace na nový styl života v zařízení a orientace v zařízení. Personál přistupuje ke klientovi s ohledem na jeho základní fyzické, psychické a sociální potřeby. Důležité je minimalizovat rizika a ohrožení fyzického i psychického stavu klientů.

Podobný adaptační proces je třeba uplatnit nejenom u klientů, kteří se nastěhovali do zařízení, ale také u těch, kteří byli přestěhováni z jiného patra, příp. z jiného pokoje.

6.2. Metody práce s klienty

V práci s klientem jsou uplatňovány metody individuální práce zaměřené na řešení problémů. Ty vycházejí ze soustředěného cílového přístupu (identifikace a postupné řešení jednotlivých problémů klienta), z principů krizové intervence (zklidňování, podpora, motivace), přístupu zaměřeného na člověka a metody zaměřené na rozvoj či udržení potenciálu klienta. Při metodách zaměřených na rozvoj či udržení potenciálu klienta jsou využívány např. tréninky paměti, základy petterapie, výtvarná činnost, četba či zpěv na pokoji- viz dále.

V rámci individuálních metod práce jsou s klientem vedeny rozhovory o jeho potřebách, možnostech a očekáváních a o možnostech individuální aktivizace. Na základě získaných údajů od klienta je společně s ním vytvářen individuální plán průběhu sociální služby.

Metody skupinové práce jsou především zaměřené na udržení a rozvoj potenciálu klientů. Jedná se o pravidelné aktivity jako např. cvičení, zpívání, trénink paměti, promítání, předčítání apod.

Již zmíněným aktivitám, jejich přípravou, vedením a vytvářením se věnuje aktivizační pracovník, který v Domově pro seniory Zahradní Město spadá do Úseku sociální práce a aktivizace.

6.2.1 Aktivizační pracovník

Aktivizační pracovník zabezpečuje aktivizační činnosti – skupinovou a individuální práci s klienty, skupinové kondiční cvičení a procvičování kognitivních funkcí. Poskytuje klientům a jejich rodinným příslušníkům informace o možnostech aktivizačních činností v zařízení. Spolupracuje s klientem, poznává jeho zájmy, navazuje na jeho konkrétní potřeby, pomáhá mu při výběru aktivit, motivuje jej a podporuje k samostatnosti. Přípravuje a realizuje vlastní skupinovou aktivitu pro klienty. Těžiště své práce zaměřuje především na klienty

v rámci určeného oddělení. Také spolupracuje s jinými organizacemi při zajišťování společenských akcí.

V oblasti podpory kognitivních schopností nabízí klientům jak individuální, tak skupinové aktivity, které jsou uvedeny v následující kapitole.

6.3 Metody práce s klienty z hlediska rozvoje, udržení a podpory jejich kognitivních schopností v Domově pro seniory Zahradní Město

Domov pro seniory nabízí pravidelné aktivity, které mohou podpořit, příp. rozvíjet kognitivní schopnosti klientů, a to jak formou individuálních činností, tak činností skupinových.

Na tomto místě bych chtěla vyzdvihnout potřebu spolupráce všech pracovníků přímé péče (lékařů, zdravotníků a ošetrovatelských pracovníků, sociálních pracovníků, aktivizačních pracovníků) při práci s klientem a nutnost vzájemného sdílení informací. Je třeba, aby všichni pracovníci, kteří přicházejí s klientem do styku, věděli, jaké jsou jeho schopnosti, v čem je potřeba mu dopomoci, co dokáže (nedokáže) a co případně trénuje. Důležité je případnou zpozorovanou změnu ve schopnostech klienta, postřeh a novou informaci o klientovi sdělit ostatním pracovníkům v přímé péči tak, aby mohla být péče o klienta jednotná a komplexní. Schopnosti klienta pak mohou být maximálně smysluplně využívány a trénovány.

Domnívám se, že v našem zařízení by bylo třeba tuto výměnu informací zkvalitnit. Jako možnou cestu vidím v realizaci standardu číslo 5 (individuální plánování průběhu sociální služby) v rámci procesu zavádění standardů kvality sociálních služeb v zařízení. Toto plánování vede k stanovení cíle klienta, zjištění, co od sociální služby očekává, zjištění jeho dosavadních schopností a sledování případné změny v rámci pravidelné revize plánu. Tento plán by se měl týkat také kognitivních schopností klienta, aby byla možnost včasné zpozorovat změnu a zahájit případná opatření.

Doplněním této práce jsou proto některé kasuistiky klientů, které mohou být příkladem, jak postupovat (a nad čím se zamýšlet) při hodnocení kognitivních schopností klienta a při každodenní práci s ním.

6.3.1 Kasuistiky klientů Domova pro seniory

Kasuistiky klientů Domova pro seniory jsou uvedeny v příloze č. 8. Jejich cílem je uvedení popsaných informací a poznatků do přímé souvislosti s konkrétními klienty.

Základní údaje: Kasuistiky jsou anonymně zveřejněny za souhlasu klientů. Vzhledem k tomu, že v Domově pro seniory Zahradní Město pracuji, vybrala jsem pro kasuistiky klienty, s nimiž přicházím každodenně do kontaktu. Jedná se o klienty 4. oddělení.

Použité metody: pozorování, rozhovor, dokumentace, informace od personálu a příbuzných klienta, kontakt s klientem

Počet kasuistik: 8

Vzhledem k poměru klientů žijících v Domově pro seniory a v Domově se zvláštním režimem jsem vybrala 5 klientů (4 ženy, 1 muž) využívající službu Domova se zvláštním režimem a 3 klienty (2 ženy a 1 muž) využívající službu Domova pro seniory. Poměr žen a mužů odpovídá skutečnému poměru žen a mužů žijících v zařízení.

Struktura kasuistiky:

První část kasuistiky je anamnéza popisující základní údaje o životě klienta, charakteristiku klienta a důležité situace a události. Tato část je členěná na zdravotní stav, orientaci, životní události, psychickou a emocionální oblast, komunikaci, rodinu, sociální vztahy, zájmy, den v Domově pro seniory a účast na aktivitách zařízení.

Druhá část se již věnuje popisu jednotlivých kognitivních schopností u klienta. Vzhledem k obtížnosti hodnocení úrovně kognitivních schopností byly využity některé oblasti z již uvedeného hodnocení kognitivních schopností podle Jitky M. Zgoly. Tato část je tedy rozdělena na tyto okruhy: paměť, jazyk a komunikace, pozornost, abstrakce, úsudek, vhled, vizuálně prostorové vnímání a výkonové funkce.

Závěr kasuistiky tvoří stručné shrnutí (z hlediska kognitivních schopností klienta) a návrhy možností činností pro klienta, které by mohly tyto schopnosti dále podpořit.

Nyní si uvedme, jaké činnosti a aktivity nabízí Domov pro seniory Zahradní Město pro klienty z hlediska kognitivních schopností.

6.3.2 Vybrané skupinové aktivity v zařízení týkající se podpory kognitivních schopností klientů

Skupinové aktivity jsou pravidelnou a opakovanou aktivitou v zařízení.

Tendence je taková, že pro klienty, kteří bydlí na 1. a 2. patře a jsou relativně soběstační, jsou koncipovány programy obvykle společně v klubovnách Domova, před jídelnou apod.

Pro klienty 3. - 5. patra (klienti méně soběstační a klienti, u nichž je porucha kognitivních schopností četnější) probíhají aktivity přímo na jejich patře v tzv. boxu. Box je místnost otevřená jednou stěnou do chodby. Procházející klienti tak mají možnost vidět, slyšet, co se na patře děje, a mohou se beze strachu připojit. Aktivizační pracovník má větší prostor pro motivaci kolemjdoucích klientů. U klientů se také může zmenšovat pocit ohrožení a uvěznění, protože vidí, že mohou kdykoliv odejít.

Zodpovědnost za průběh aktivity nesou aktivizační pracovníci. Ti se rozhodují, plánují a realizují skupinovou aktivitu pod vlivem následujících faktorů:

- podle vlastního vytvořeného plánu programu
- podle znalostí, postřehů, informací o jednotlivých účastnících skupiny
- podle zájmů členů skupiny a jejich námětů pro skupinovou aktivitu
- podle charakteristiky konkrétní skupiny (počet účastníků, počet aktivních, pasivních klientů, podle účasti klientů s onemocněním demence, podle individuální charakteristiky jednotlivých účastníků)
- podle skupinové dynamiky
- podle aktuální atmosféry ve skupině
- podle průběhu skupinové aktivity- vždy je upřednostňováno, to, co klienti přináší, jakou aktivitou by chtěli vyhrazený čas vyplnit
- podle potřeb a podnětů jednotlivých účastníků
- podle návaznosti na předchozí tréninky
- podle teoretických znalostí o jednotlivých kognitivních funkcích, o vedení programů, o procesech aktivizace apod.

Mezi skupinové aktivity Domova pro seniory Zahradní Město, které podporují zachování, příp. zlepšení kognitivních funkcí, můžeme zahrnout tréninky paměti,

reminiscenční skupiny, zpívání, předčítání a různé tematické kluby. Nejfrekventovanější aktivitou v Domově pro seniory Zahradní Město jsou tréninky paměti.

A. Trénink paměti

Tréninky paměti probíhají na jednotlivých odděleních pravidelně minimálně jednou týdně a vedou je aktivizační pracovníci. Charakter, průběh, frekvence a délka činnosti se liší dle charakteru skupiny klientů.

Jednou týdně probíhají hrátky s pamětí na prvním nebo druhém patře. Doba trvání je jedna hodina a obsahuje obtížnější a náročnější úkoly. Na třetím až pátém patře probíhají tyto tréninky na jednotlivých odděleních několikrát týdně dle uvážení aktivizačních pracovníků, obvykle maximálně 30 minut.

Všichni klienti se mohou účastnit kteréhokoliv programu. Obvykle to přesto probíhá tak, že klienti bydlící na 3., 4., a 5. patře se účastní především každodenních (kromě soboty a neděle) dopoledních programů na svém patře (cvičení, trénování paměti, zpívání, předčítání). Klienti 1. a 2. patra se účastní tzv. „hrátek s pamětí“ obtížnějšího stupně, které se konají jednou až dvakrát týdně. Tam mimořádně přijdou i někteří klienti z jiných pater.

Pro tréninky paměti jsou pracovníkům a klientům k dispozici různé **materiály a pomůcky**. Mezi ně patří klipchart, sada pro kognitivní trénink, různé hry, puzzle, plastická písmena a svépomocí vytvořené materiály- papírové předlohy, obrázky, hádanky, bylinné pytlíčky, předměty pro cvičení hmatu, odhady množství a další.

Osvědčilo se mít jednotlivé úkoly, otázky, hádanky a také jejich odpovědi napsány velkými písmeny na archách papíru nebo použít klipchart, aby se mohli zapojit klienti, kteří hůře slyší, příp. ti, kteří mají potíže s pamětí a pozorností. Také je tento způsob vhodný pro klienty, kteří jsou raději, když si mohou zadání úkolu přečíst nejen jej slyšet.

Aktivizační pracovníci by se měli obecně řídit některými zásadami a pravidly při trénincích paměti:

- navazovat na náměty klientů, vítat každý příspěvek do diskuze
- vybírat úkoly tak, aby nebyly pro klienty příliš obtížné (navození pocitu méněcennosti, selhání, demotivace), ani příliš snadné (pocit, že jsou podceňováni a že jim nevěříme)
- nabízet otázky takové, aby se mohlo zapojit, co nejvíce účastníků, snažit se nenásilně a citlivě zapojit do tréninku každého z členů skupiny

- vycházet ze znalostí a dovedností klientů, navazovat na jejich schopnosti, pokud u klientů objeví některé znalosti a vědomosti, dál je na dalších cvičeních posilovat
- klienty motivovat k účasti a povzbuzovat je k odpovědím
- vytvářet bezpečnou atmosféru a příjemné prostředí, kde se klienti nemusí obávat negativního hodnocení a kde jsou přijímáni
- všechny klienty respektovat a nechávat na nich, zda se chtějí nebo nechtějí účastnit, zda chtějí být aktivní nebo pasivní

Velmi důležitá pro každý trénink paměti je motivace, vhodná pochvala a povzbuzování klientů během vypracovávání úkolů i po jejich dokončení.

V Domově pro seniory se tréninky paměti nazývají „Hrátky s pamětí“. Ty bych ráda pracovně rozlišila na dvě skupiny: „Hrátky s pamětí- obtížnější stupeň“ a „Hrátky s pamětí s menší obtížností“.

Hrátky s pamětí- obtížnější stupeň

Délka trvání- jedna hodina

Cíl: Cílem je podpořit a zlepšit kognitivní schopnosti klientů, povzbudit je k samostatnému tréninku paměti, nabídnout jim možnosti, jak kognitivní schopnosti cvičit, vyplnit volný čas, zábava, sociální začlenění klientů, pozitivní vztahy mezi klienty, vytvoření podpůrné atmosféry.

Průběh: Průběh je vždy podřízen individuálním potřebám klientů a celé skupiny. Během aktivity se často naplánovaný program mění.

Na začátku je úvod (datum, kdo má svátek, reflexe- co se dělo, jak se dnes cítíme, uvolnění atmosféry) a krátká rozcvička (obvykle některé úkoly na hádání slov, přísloví, hledání známých dvojic....). Následuje rozbor domácího úkolu a tématický blok. Ten může na domácí úkol navazovat nebo to je jiná strukturovaná oblast úkolů na určité téma. Pro ilustraci si uvedme následující témata:

- trénování vědomostí z oblasti geografie, kultury, biologie, historie, všeobecného přehledu, testy, kvízy, cvičení
- hrátky se slovy, písmeny, čísly apod.
- zábavné hry- kimova hra apod.
- vzpomínky
- trénování pozornosti prostřednictvím různých obrázků

- trénink smyslů

Trénink paměti je zakončen zadáním domácího úkolu na příští týden. Ten je v našem zařízení u klientů velice oblíbený. Odpovědi nesmí být jednoduché, aby je klienti hledali z různých zdrojů (u ostatních klientů, v literatuře, u blízkých apod.). Domácí úkoly se často stávají tématem rozhovoru a možností náplně volného času.

Na závěr je poskytnuto shrnutí, dán klientům prostor pro otázky, pro náměty na další setkání a rozloučení.

Hrátky s pamětí s menším stupněm obtížnosti

Toto pojmenování jsem zvolila z toho důvodu, že se těchto tréninků více účastní klienti s určitou poruchou kognitivních funkcí a také klienti s onemocněním demence. Zároveň jsou ve skupině klienti, kteří omezení v kognitivních schopnostech nejsou. V těchto skupinách jsou proto platná určitá specifika a pravidla při vedení aktivizačních programů.

Doba trvání- maximálně 30 minut

Cíl: viz výše s určitou specifikací a ohledem na schopnosti a zájmy účastníků.

Cílem tréninků paměti je především snaha o udržení, posílení a minimalizaci zhoršování kognitivních schopností. Významný je individuální přístup ke každému klientovi s posouzením úrovně jeho kognitivních funkcí- vědět co dokáže, co nedokáže, posilovat to, co dokáže a povzbuzovat k vykonávání toho, co stojí větší úsilí. Pracovník si musí ujasnit, co je dobré po klientovi žádat, a jaký úkol je rizikový z hlediska zhoršení pocitu bezpečí a sebedůvěry. Důležité je, aby byl program zábavný.

Osvědčilo se neoslovovat jednotlivé klienty zvlášť (riziko zvýšení nejistoty, snížení sebedůvěry, zhoršení orientace), ale reagovat na jejich individuální schopnosti nenásilnou formou. Klienty je třeba neopravovat, jen nabídnout jinou odpověď. Aktivizační pracovníci by měli být aktivní v práci se skupinou a reagovat na její dynamiku, vnímat všechny odpovědi klientů a i ty nesprávné dávat do souvislostí. Je to důležité proto, abychom nezmátli ostatní klienty (co je správná a co je nesprávná odpověď) a zároveň pozitivně podpořili klienta, který poskytl jakoukoliv odpověď (i nesprávnou).

Pro klienty s demencí je třeba vytvořit prostředí bezpečí a důvěry, pokládat otázky šetrně a přizpůsobovat je potřebám a znalostem klientů.

Průběh: Aktivita probíhá každý den nebo obden, vždy po pohybových aktivitách. Toto uspořádání je pro trénink kognitivních schopností pozitivní, jak bylo zmíněno již dříve. Struktura hodiny je rozdělena na několik základních částí.

Začátek je věnován opakování z minulého tréninku, vysvětlení, co budeme dnes dělat, informace- jaký je dnes den, co je k obědu, jaké je počasí, kdo má svátek apod.

Následují různé nové aktivity, případně opakování toho, co se osvědčilo a co klienty baví a uspokojuje, z čeho mají pocit úspěchu. Blok může být tématicky zaměřen.

Na závěr jsou obvykle zopakovány nové poznatky a informace společně s klienty. Klientům je dán prostor pro další náměty a otázky a aktivizační pracovník informuje klienty o případném odpoledním programu.

Témata- viz výše s přizpůsobením na konkrétní skupinu.

U klientů s poruchou kognitivních schopností se mi osvědčily určité okruhy, které více než jiné vedou k výsledné dobré optimistické náladě klientů, k jejich aktivnímu zapojování, vtipným poznámkám, společnému povídání, rozvádění fantazijních představ apod. Jsou to hrátky s písmeny (slova na začáteční písmena, hádání slov apod.), hledání slov lidových písní, doplňování přísloví a různá témata (známé osobnosti, jídlo, vzpomínky na události blízké klientům).

Některé náměty pro trénink kognitivních schopností, které jsou v Domově pro seniory Zahradní Město využívány, jsou uvedeny v příloze č. 9.

B. Další skupinové aktivity podporující kognitivní schopnosti klientů

Domov pro seniory Zahradní Město nabízí další skupinové aktivity, které mohou přispět k podpoře kognitivních schopností. Do těchto aktivit bych zahrnula následující činnosti.

Patří sem pravidelné dopolední předčítání novin a knih, zpívání a vzpomínání. Tyto činnosti se konají na 3.– 5. patře pravidelně jednou i vícekrát týdně dle zájmu klientů vždy po cvičení. Probíhají buď jako samostatný třicetiminutový blok nebo doplňují hrátky s pamětí. Jsou důležité jak pro zábavu a zpestření aktivit, tak pro podporu některých dovedností a schopností. Zvláště důležitý je zpěv. I přes úbytek kognitivních schopností u klientů je schopnost zpívat a pamatovat si sloky písní velmi dlouho zachována.

V zařízení jsou dále pořádány každý týden různé kluby: skupinové zpívání, beseda o přírodě, promítání, společenské hry, povídání o osobnostech, oslavy narozenin apod. Také ty jsou kromě zábavy dobrým nástrojem pro trénování některých kognitivních schopností (pozornost, paměť, vnímání, řeč, myšlení), pro oživení si něčeho, možnost něco se naučit, zavzpomínat si, připomenout si, diskutovat apod.

Práce ve výtvarné dílně (3krát týdně) umožňuje rozvoj tvůrčího myšlení, fantazie, představivosti a praktických dovedností. Klienti mají možnost s ergoterapeutem vytvářet různé rukodělné práce, malovat, tvořit keramické výrobky apod.

Koncerty pořádané téměř každé středeční odpoledne jsou opět možností zazpívat si, rozvíjet tvořivé myšlení, obohatit se a mít kulturní zážitek.

V zařízení se několikrát do roka konají výstavy obrazů či fotografií. Každá nová výstava je slavnostně zahájena vernisáží. Klienti se mají možnost setkat s mnoha umělci a uměleckými díly. Tato setkání mohou přispět k podnícení fantazie a tvořivosti, podporují estetické cítění.

Pravidelné větší akce jako je mikulášská zábava, maškarní, sportovní den dávají klientům možnost na něco se těšit, mít téma k hovoru, zážitek a zábavu.

V zařízení mají obyvatelé možnost navštívit mše, které se konají přímo v areálu domova pro seniory.

6.3.3 Vybrané individuální aktivity v zařízení týkající se podpory kognitivních schopností klientů

Domov pro seniory Zahradní Město nabízí klientům individuální aktivity, které často korespondují s těmi skupinovými. Cílovou skupinou pro tyto činnosti jsou především klienti, kteří se neúčastní skupinových aktivit a mají zájem o jiný druh činností (např. klienti ležící), a klienti s onemocněním demence středního až těžkého stupně, u nichž je vhodnější individuální přístup.

Podle přání, zájmů a potřeb, osobní historie, zdravotního a psychického stavu se přizpůsobuje samotná aktivita individuálně každému klientovi. Aktivizační pracovník společně s klientem aktivně vyhledává možnosti podpory a aktivizace. Nabízí mu různé činnosti, podporuje klienta a motivuje ho.

U klientů, kteří využívají sociální službu domov se zvláštním režimem, je třeba respektovat všechny zásady v přístupu k lidem s onemocněním demence. Důležitá je spolupráce všech, kteří o klienta s demencí pečují, a jejich vzájemná výměna informací o klientovi.

U klientů s obtížemi v komunikaci je třeba přiblížit se klientovi, porozumět situaci, ve které se nachází, a nechat se ve spolupráci s dalšími pečovateli a blízkými klienta inspirovat různými nápady a možnostmi pro navázání kontaktu s klientem.

Mezi ty aktivity, které podporují kognitivní funkce, bych zahrnula následující:

Hrátky s pamětí na pokoji

Trénování kognitivních schopností s klienty na pokoji probíhá za pomoci mnoha pomůcek. Mezi ně patří specializované pomůcky (sada pro kognitivní trénink, člověče nezlob se v nadměrné velikosti, různé obrázky, puzzle) a ty, které si pracovníci vyrábějí sami (určené pro konkrétního klienta).

Výhodou těchto hrátek s pamětí je individuální přístup ke každému klientovi a hledání takových cvičení, která by jej bavila. Nevýhodou je často obtížnější motivace klientů a vymizení sociálního aspektu, který ve skupině je (kontakt s druhými, spolupráce, sociální začlenění, jiné prostředí apod.).

Trénování řeči

Jedná se o pravidelné trénování komunikačních a jazykových schopností s klienty individuálně na pokoji, kteří mají některé potíže v komunikaci. Při této aktivitě se používají pomůcky podobné jako při hrátkách s pamětí a další různé obrázky, listy se slovy, slabiky a písmena pro skládání slov, využívání obvyklých předmětů a mnoho dalších dle potřeb a zájmů klienta.

V našem Domově mají klienti možnost dalších činností, které podporují kognitivní schopnosti. Mezi ně patří hraní her, zpívání a poslech písní na pokoji, promítání filmů na pokoji, promítání vytvořených tématických snímků, rukodělné činnosti, petterapie.

Další činností, jejíž prvky se prolínají všemi uvedenými aktivitami jak skupinovými, tak individuálními, je tzv. reminiscence.

6.3.4 Prvky reminiscence využívané v Domově pro seniory Zahradní Město

Domov pro seniory se účastnil v roce 2006 výzkumu s názvem "Vliv reminiscenční terapie na kvalitu života a zdravotní stav seniorů žijících v institucích" (IGA MZČR č. NR 8488). Někteří pracovníci zařízení prošli kurzem reminiscenční terapie a někteří se stali vyškolenými reminiscenčními asistenty. Několikrát po sobě byla v zařízení založena reminiscenční skupina.

V současné době pravidelné cílené vzpomínání se skupinou neprobíhá. Je však nadále součástí mnoha aktivit s klienty. Uvedme si zde pro příklad několik:

- vzpomínání v rámci dopoledního programu (volně navazující téma v průběhu aktivity, svátky, roční období, konkrétní činnosti, dětství, zpívání apod.)
- příležitostné vzpomínání personálu s jednotlivými klienty, promítání na vybraná témata dle přání klientů- vzpomínání v rámci těchto promítání, vzpomínání prostřednictvím petterapie (v zařízení jsou králíci a morče
- různé již zmíněné kluby zaměřené na některou oblast a podporující klienty ve spontánním vyprávění vlastních zážitků a zkušeností (povídání o osobnostech, povídání o přírodě, promítání, zpívání s klienty- staré písně, písně z oblastí, kde vyrůstali apod.)

Zařízení disponuje také předměty potřebnými k realizaci reminiscenční terapie (starodávné hodiny, staré předměty do domácnosti, hračky, knihy) a má vyhrazený samostatný prostor ve třetím patře zařízení ve starém stylu, kde se lidé mohou scházet, vypít si kávu nebo čaj a společně vzpomínat.

V této části práce jsem se pokusila o seznámení s Domovem pro seniory Zahradní Město a uvedla výčet aktivit a možností, které zařízení klientům nabízí z hlediska podpory, udržení, rehabilitace a rozvoje kognitivních schopností. Popsala jsem, jakým způsobem programy probíhají, jejich charakteristiku a případná specifika.

Je zřejmé, že možnosti trénování kognitivních funkcí klientů nejsou v našem zařízení vyčerpány. Z toho důvodu bych ráda dosavadní poznatky a informace shrnula a v další části uvedla některé návrhy aktivit a možností, které by mohly vést ke zlepšení péče o klienty z hlediska podpory jejich kognitivních schopností.

7 SHRNU TÍ

Během zpracovávání této diplomové práce jsem si uvědomila, že hodnocení úrovně kognitivních funkcí je velmi obtížné a je spíše v pravomoci specializovaných lékařů, psychologů a psychiatrů. Je však velice důležité, aby měli potřebné informace k dispozici všichni, kteří o klienta každodenně pečují. Ti často poznají a zpozorují případnou změnu u klienta dříve než lékař.

V současné době nemá personál v Domově pro seniory možnost, jak posoudit úroveň kognitivních schopností u klientů. Velice mě proto oslovil návrh podle Jitky M. Zgoly, která nabízí soustavné hodnocení kognitivních schopností. Toto hodnocení není číselné ani nedává měřítko toho, co je a co není kognitivní porucha, ale může objasnit vývoj těchto schopností u každého člověka pro potřeby toho, kdo s klientem pracuje. Věřím, že některé okruhy tohoto hodnocení by byly použitelné také v našem zařízení z mnoha důvodů: podpora kognitivních schopností klientů, vzájemná výměna informací mezi pracovníky, individuální a komplexní péče o klienty a v neposlední řadě optimální přístup ke každému klientovi. Na základě tohoto hodnocení jsem proto zpracovávala kasuistiky uvedené v příloze 8.

Po vypracování empirické části jsem došla k závěru, že v Domově pro seniory Zahradní Město probíhá program trénování kognitivních funkcí dlouhodobě a strukturovaně. Přesto bych chtěla navrhnout na základě získaných teoretických poznatků některá opatření a doporučení, která by dle mého názoru mohla tento program posílit a péči o klienta z hlediska kognitivních schopností zkvalitnit.

Některá doporučení a návrhy opatření pro zlepšení péče o klienty z hlediska podpory jejich kognitivních schopností v Domově pro seniory Zahradní Město

Uváděné návrhy bych chtěla shrnout do tří kategorií: skupinové aktivity, individuální aktivity podporující kognitivních schopnosti klientů a prostředí v okolí klienta.

Již bylo řečeno, že **skupinové aktivity** se konají odděleně na různých patrech. Obtížnějšího stupně hrátek s pamětí se účastní především klienti bez výrazných potíží v oblasti kognitivních schopností. Větší heterogenita struktury klientů se objevuje na ostatních třech patrech, kdy se skupinových aktivit účastní obvykle klienti bydlící na těchto patrech bez

ohledu na to, zda mají nebo nemají určitou kognitivní poruchu. To s sebou nese mnoho problémů v rámci průběhu skupinové aktivity.

Je obtížné zvolit tempo a obtížnost cvičení tak, aby se mohli zapojit všichni klienti (již bylo v tomto smyslu zdůrazněna nutnost individuálního přístupu především ke klientům s demencí, jejichž zachovalé schopnosti jsou velmi různorodé a proměnlivé) a zároveň aby pro některé klienty nebyly úkoly příliš jednoduché a primitivní.

Kromě toho tato nesourodost skupin s sebou nese požadavek velké vzájemné tolerance ze strany klientů. Klienti se syndromem demence mohou neadekvátně reagovat na některé sociální situace a neuvědoměle porušovat sociální normy. Ostatní klienti pak mohou tyto reakce negativně hodnotit a odmítat. Podobné situace mají často za následek narušení stability skupiny (především v tom konkrétním okamžiku), která tvoří jeden z nejvýznamnějších požadavků pro kvalitní skupinovou práci.

Dalším problémovým rysem je počet klientů ve skupině. Obtížnějšího stupně hrátek s pamětí se obvykle účastní 15-20 klientů, hrátek s pamětí na jednotlivých patrech obvykle 10-16 klientů. Pokud skupinu vede jeden pracovník, neměl by přitom počet přesáhnout 10, u klientů s demencí by se počet klientů ve skupině měl pohybovat kolem 6.

Pro příznivý průběh skupinových aktivit by proto bylo vhodné pracovat vždy se skupinou klientů, kteří jsou na přibližně shodné úrovni kognitivních schopností. Počet klientů by se měl pohybovat dle charakteristiky skupiny kolem 10 účastníků a méně, případně by ve skupině měl být větší počet pracovníků, jež skupinu vedou. V podmínkách zařízení to však není možné, jak z důvodu nedostatku personálu, tak proto, že jsou klienti zvyklí na pravidelný každodenní dopolední program na svém patře a nelze je rozdělit do pracovních skupin dle úrovně kognitivních schopností.

Na jednotlivých odděleních 3.-5. patra by bylo možné jako variantu, která je v možnostech zařízení, nabídnout klientům pravidelný jednotýdenní odpolední program tréninku kognitivních schopností přizpůsobený konkrétním klientům, kteří by měli o tento program zájem. To znamená nabídnout obtížnější verzi cvičení klientům, kteří nejsou omezeni výrazně v kognitivních schopnostech, a klientům s poruchami kognitivních funkcí nabídnout jinou skupinovou aktivitu (reminiscence, skládání puzzle, prohlížení obrázků apod.) s důrazem kladeným na jejich individuální potřeby, zájmy, osobnostní profil, průběh a stádium onemocnění apod. V případě neúspěchu podobné aktivity u klientů s demencí by bylo nutno hlavní část nabídky aktivit pro tyto klienty směřovat k individuálním činnostem.

Další možnost podpory kognitivních schopností klientů vidím v zavedení skupinové reminiscence. Tedy vytvoření a organizování cílené reminiscenční skupiny v zařízení. S tím souvisí zároveň proškolení některých pracovníků, kteří by tuto aktivitu vedli, a dále vytvoření dříve zmíněných vzpomínkových krabic, sešitů apod.

Také **individuální aktivity** v Domově pro seniory Zahradní Město by mohla doplnit cílená reminiscence s jednotlivými klienty.

Další možností, jak zlepšit každodenní péči o klienty nejen z hlediska podpory jejich kognitivních funkcí, by představovalo využití bazální stimulace při práci s klienty s těžkým stupněm demence, klientům upoutaným na lůžko a klientům s poruchou komunikace. Myslím, že poskytování této formy péče by bylo velkým přínosem a zkvalitněním služby v našem zařízení. Bazální stimulace by se mohla stát možností, jak navázat s klienty kontakt, zlepšit jejich psychický stav a poskytnout jim dostatek podnětů. Opět by bylo nutné vyškolení personálu pro tuto formu podpory klienta.

Prostředí v Domově pro seniory Zahradní Město je v současnosti velice diskutované téma, protože zařízení prochází plánovanou rekonstrukcí a je třeba posoudit, jaké prostory budou nejvhodnější také z hlediska aktivizace klientů. Domnívám se, že by místnost, kde budou probíhat skupinové aktivity, mohla mít zároveň více využití (denní místnost, odpočinková místnost, model domácnosti s drobným kuchyňským a jiným vybavením, s možností uvařit si kávu, zahrát společenské hry apod.). Základem by měla být útulnost. Klienti by zde měli mít dostatek místa pro skupinové aktivity a možnost prostor rozčlenit tak, aby nepůsobil jako rozlehlá hala, ale spíše jako místo, kde si každý najde to, co potřebuje (účastnit se skupinové aktivity, možnost být v ústraní, příp. možnost nezúčastněně dění sledovat). Celá místnost musí být dostatečně osvětlená.

Dále bych doporučila (pokud to konstrukce zařízení dovolí) změnit současný systém rovných chodeb na chodby řešené do kruhu, aby především klienti s demencí měli možnost bez zastavení pokračovat v chůzi. Tato úprava by mohla zmírnit dezorientaci klientů a dát jim větší pocit bezpečí.

Jako pozitivní se mi jeví systém boxů, kde mají klienti možnost vidět, co se děje, spontánně se připojit, či odejít. Aktivizační pracovník má větší možnost další klienty k aktivitě motivovat. Nevýhodou je hluk v těchto prostorách a časté procházení osob, které jdou v době aktivity po chodbě (to je pak výrazný rušivý element pro klienty i pro pracovníka). Klienti mohou mít nepříjemné pocity, že je někdo pozoruje a že nemají dostatek

soukromí. Proto bych pro programy navrhla otevřenou místnost s možností ji uzavřít (dle potřeby tak, aby bylo vidět, co se v místnosti děje, a zároveň byla možnost uzavřít ji úplně).

Kromě toho se domnívám, že předpokladem komplexní péče o klienty (tedy i podpory kognitivních schopností klientů) je vzájemná komunikace mezi klienty a pracovníky a mezi pracovníky zároveň. Podpůrným materiálem by mohl být individuální plán péče, který pracovníci v přímé péči s každým klientem vytváří. Z toho důvodů by součástí tohoto plánu měla být také oblast kognitivních schopností klientů.

Na závěr bych ráda zmínila důležitost vzdělávání pracovníků na téma kognitivních schopností klientů a hledání nových možností, bez něhož se kvalitní práce s klienty neobejde. Týká se to nejen aktivizačních pracovníků (kurzy na témata trénování paměti, vedení skupinových programů, nové možnosti aktivizace klientů, práce se seniory apod.), ale ostatních pracovníků v přímé péči (kurzy na téma bazální stimulace, preterapie, reminiscence, individuální plánování, práce s klientem s demencí apod.). Zároveň bych doporučila, aby bylo v zařízení několik odborně vyškolených trenérů paměti, kteří by získané znalosti a dovednosti šířili dál.

Výše uvedenými návrhy bych ráda přispěla ke kvalitní péči o klienty v našem zařízení, především z hlediska podpory kognitivních schopností klientů.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se věnovala tématu kognitivních schopností klientů v Domově pro seniory Zahradní Město. Problematika kognitivních schopností ve stáří je současně velmi diskutované téma vzhledem k demografickým změnám ve společnosti a rostoucímu počtu lidí s poruchami těchto schopností. Zvláště v domovech pro seniory, kde je zastoupen větší počet klientů s onemocněním demence, nabývá tato oblast na významu.

Pro pochopení této problematiky jsem blíže charakterizovala nejprve období stáří a s ním spojených změn, které přináší. Na základě dostupné literatury jsem dále věnovala pozornost kognitivním schopnostem u seniorů a u lidí s onemocněním demence. Nastínila jsem oblast hodnocení a popsala možnosti, jak kognitivní schopnosti u seniorů podporovat a dále rozvíjet. V další části jsem zjišťovala, jaké činnosti klientům nabízí Domov pro seniory Zahradní Město z hlediska podpory jejich kognitivních schopností. V závěru této práce jsem se pokusila získané poznatky shrnout a na základě toho podat doporučení týkající se kognitivních schopností klientů.

V práci jsem zdůraznila nutnost komplexní péče o klienta a potřeba vzájemné výměny informací mezi těmi, kteří o klienta pečují. Při zpracování tohoto tématu jsem si uvědomila, že pracovníci v přímé péči o klienty v Domově pro seniory Zahradní Město nemají k dispozici žádnou možnost, jak zjišťovat úroveň kognitivních schopností klientů, neboť většinu testů může vykonávat jen lékař. Proto jsem svou práci doplnila několika kasuistikami využívající soustavné hodnocení kognitivních funkcí, které je uvedené v publikaci J. M. Zgoly „Úspěšná péče o člověka s demencí“. Tyto kasuistiky by se mohly stát pomůckou pro pečovatele při práci s klientem a nástrojem zkvalitnění péče o klienty.

Na základě vlastních zkušeností a získaných poznatků, které jsou obsahem předkládané práce, bych ráda vyzdvihla některé významné aspekty v otázkách kognitivních schopností ve stáří.

Jeden z těchto aspektů je velká heterogenita seniorské populace. Změny kognitivních schopností se nedotýkají každého člověka ve stáří a u každého se případné změny projevují odlišně. Také jednotlivé kognitivní schopnosti se překrývají, jsou navzájem provázané a ovlivněné mnoha faktory. S tím souvisí velká variabilita schopností klientů v domovech pro seniory. Chci proto upozornit na nezbytnost individuálního přístupu ke každému klientovi,

potřebu nacházet možnosti komunikace a hledat činnosti, které by podpořili klienta při trénování, rozvoji a rehabilitaci jeho kognitivních schopností.

Dále bych chtěla podtrhnout význam trénování kognitivních schopností ve stáří. Aktivace mozku je důležitá pro rozvoj a udržení mentální zdatnosti. Klient žijící v domově pro seniory může mít omezeny možnosti přirozeného procvičování kognitivních schopností, které by v domácím prostředí měl, proto tato zařízení nabízejí klientům tréninky paměti a další aktivity. U klientů s onemocněním demence se jedná více o rehabilitaci, udržení, stabilizaci a využívání schopností dosud zachovalých.

V Domově pro seniory Zahradní Město považuji nabídku zmíněných programů za dostatečnou. Problematická se mi zdá různorodost skupinové aktivity, kdy se programu účastní klienti domova pro seniory i domova se zvláštním režimem, tedy klienti s rozdílnou úrovní kognitivních schopností a různými stupni onemocnění demence. Tyto aktivity bych proto doplnila dalším programem vedeným specificky pro konkrétní skupinu. Přínosem by dále mohlo být vytvoření reminiscenční skupiny a strukturované vedení individuální reminiscence s jednotlivými klienty. V Domově pro seniory Zahradní Město postrádám metodu bazální stimulace, která by výrazně zvýšila kvalitu života klientů s poruchou komunikace a klientů v těžkém stádiu onemocnění demence.

Domnívám se, že by tato diplomová práce mohla být prakticky využita při práci s klienty seniory a sloužit jako pomůcka pro pracovníky Domova pro seniory Zahradní Město, příp. pro jiná zařízení obdobného typu, a to především z hlediska podpory kognitivních schopností klientů.

V souvislosti s touto tematikou bych ráda závěrem uvedla, že v současné době nabývá na významu aktivní přístup k životu, který je důležitý pro udržení a prevenci zhoršování kognitivních schopností ve stáří. Jako nezbytnou se jeví potřeba změn v postojích společnosti vůči seniorům i vůči lidem s onemocněním demence. V kontextu domova pro seniory to znamená, že starý člověk nemá být vnímán jako pasivní příjemce péče, ale naopak jako člověk, který zná své potřeby, a podle nich mu je poskytována podpora a péče v zařízení.

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

1. BAŠTECKÝ, J., et al. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
2. BLATNÝ, M., PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. Sdružení SCAN: Tišnov, 2003. 150 s. ISBN 80-86620-05-0.
3. BUCHVALDOVÁ M., GUNTHER, K. *Úspěšná paměť*. 1. vyd. Praha: Scientia, 2003. 186 s. ISBN 80-7183-309-6.
4. Francie přijala v loňském roce: Plán Alzheimer. *Vážka*. 2009, č. 1, s. 3.
5. CASELLI, R. J. Dementia: risk factor and genetics. In SIRVEN, J. I., MALAMUT, B. L. *Clinical neurology of the older adult*. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 653 s. ISBN 9780781769471.
6. Fisher, J. E., Zeiss, A., Carstensen, L. Psychopathology in the aged. In Adams, H. E., Sutker, P.B. *Comprehensive handbook of psychopathology* 3. vyd. Mass.: Gulf Professional Publishing, 2001, 970 s. ISBN 9780306464904.
7. GEIST, B. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Vodnář, 2000. 425 s. ISBN 80-86226-07-7.
8. HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
10. HAVRÁNKOVÁ, O. Krizová intervence u seniorů. In VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 305-313. ISBN 80-7178- 696-9.
11. HONZÁK, R. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 132 s. ISBN 80-246-1138-4.
12. HOLMEROVÁ, I. *Testovník- soubor testů pro gerontologii*. Praha: ČALS, 2003. ISBN 80-86541-11-8.
13. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
14. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha: ČALS, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
15. *Charty seniorů a chronicky nemocných*. Praha: ČALS, 2001. 24 s. ISBN 80-86541-01-0.

16. CHODZKO-ZAJKO, W. National Blueprint: Increasing Physical Activity Among Adults 50 and Older: Implications for Future Physical Activity and Cognitive Functioning Research. In POON, L., CHODZKO-ZAJKO, W., TOMPOROWSKI, P. *Active living cognitive functioning and aging*. Champaign: Human Kinetics, 2006. 264. s. ISBN 9780736057851.
17. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7-368-110-2.
18. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
19. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GRADA, 1999. 156 s. ISBN 80-7169-716-8.
20. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 53 s. ISBN 80-244-1552-6.
21. KUKOLOVÁ, M. *Mentální aktivizace seniorů*. Psychologie dnes. 2005, č. 12, s. 15-17. ISSN 1212-6907.
22. KULIŠTÁK, P. Neuropsychologické a neurologické screeningové škály pro vyšetření frontálních funkcí. In REKTOROVÁ, I. et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7387-017-1.
23. LEZAK, M.D. *Neuropsychological assessment*. 3st edition. New York: Oxford University Press, 1995. 1056 s. ISBN 0-19-509031-4.
24. *Metodické pokyny Domova pro seniory Zahradní Město, Domov pro seniory Zahradní Město*: 2008
25. MÜHLPACHR, P. Geragog jako nová profese v procesu celoživotního vzdělávání. *Pedagogická orientace*. 2002. č. 4, s. 96-101. ISSN 1211-4669.
26. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.
27. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
28. PALÁN, Z.; LANGER, T. *Základy andragogiky*. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2008, 183 s. ISBN 978-80-86723-58-7.
29. PACOVSKÝ, V. *Gerontologické minimum*. 1. vyd. Praha : Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1988. 60 s.
30. *P-PA-IA : Informační materiál projekt. kooperace pro jakost*. Praha : ČALS, [2009]. 6 s.

31. PROUTY, G. WERDE, W., PÓRTNER, M. *Preterapie*. 1. vyd. Portál: Praha, 2005. 198 s. ISBN 80-7178-949-6.
32. REBAN, J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemencí. *Česká Geriatrická revue*. 2006, č. 4, s. 224-229. ISSN 1214-0732.
33. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
34. ROHANOVÁ, E. Bazální stimulace. In HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: EV public relations, 2007. s. 247-253. ISBN 978-80-254-0177-4.
35. SCHAE, K. W. *Intellectual development in adulthood: the Seattle longitudinal study*. 1st edition. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, 396 s. ISBN 0-521-43014-3.
36. STERNBERG, R. *Kognitivní psychologie*. vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 636 s. ISBN 80-7178-376-5.
37. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. 1. vyd. UCB Pharma: Praha, 1999. 87 s. ISBN 80-238-4913-1.
38. TOPINKOVÁ, E. Zlepšení diagnózy demence v primární péči - role mezioborové spolupráce. *Neurologie pro praxi*. 2001, č. 2, s. 78-80. ISSN - 1213-1814.
39. SABBAGH, M. *The Alzheimer's Answer: reduce your risk and keep your brain healthy*. New York: Wiley, John & Sons, 2008, 320 s. ISBN: 978-0-470-04494-0.
40. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
41. VAŇKOVÁ, H., JURÁŠKOVÁ, B., HOLMEROVÁ, I. Prevalence kognitivních poruch v Domově pro seniory. *Česká Geriatrická revue*. 2008, č. 4, s. 232. ISSN 1214-0732.
42. Vážka. Praha: ČALS, 2009, č. 1.
43. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
44. ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Elektronické zdroje

1. Česká alzheimerovská společnost. *Charta práv pacientů : Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence* [online]. Arteg studio: Praha, c2004 [cit. 2009-05-22]. Dostupný z WWW: < <http://www.alzheimer.cz/?PageID=488> >.

2. Česká alzheimerovská společnost. *Rychlý test pro rodinu* [online]. Arteg studio: Praha, c2004 [cit. 2008-01-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.alzheimer.cz/?PageID=564>>.
3. Česká společnost pro trenování paměti a mozkový jogging. *Trénování paměti.cz* [online]. [2002] [cit. 2009-01-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.trenovanipameti.cz/>>.
4. Gerontologické centrum. *Plán Alzheimer Francie a srovnání s Českou Republikou* [online]. MeDitorial, c2006-2009, 2008 [cit. 2009-05-01]. Dostupný z WWW: <http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Plan_Alzheimer_Francie.pdf>. ISSN 1802-195.
6. Hort, J. Mírná kognitivní porucha. *DE-2-MENTIA* [online]. 2005 [cit.2008-12-5]. Dostupné z WWW: <<http://www.kognice.cz/index.html>>.
7. NOVOTNÝ , T. Emoční inteligence, můžeme se ji naučit?. *Dreamlife* [online]. 2009 [cit. 2009-05-29]. Dostupný z WWW: <<http://dreamlife.cz/emocni-inteligence-muzeme-se-ji-naucit/article.html?id=1403>>. ISSN 1802-1840.
8. Odbor 71. *Zásady OSN pro seniory* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005 [cit. 2009-02-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1111>>.
9. Portál veřejné zprávy ČR: *Zákon o sociálních službách 108/2006* [online]. Ministerstvo vnitra, c2003-2009 [cit. 2008-12-08]. Dostupný z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=>>.
10. Sekce kognitivní neurologie. *Addenbrookský kognitivní test: Kognitivní test ACE-R* [online]. 2003, 2005 [cit. 2009-03-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.kognice.cz/index.html>>.
11. VZP ČR: *Desatera pro lepší komunikaci s pacienty se zdravotním postižením* [online]. VZP ČR, c2003 [cit. 2009-01-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp#kotva1>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Demografické údaje.....	88
Příloha č. 2 Zásady OSN pro seniory.....	89
Příloha č. 3 Pravidla komunikace se seniory s poruchou zraku a sluchu.....	90
Příloha č. 4 Příklady kognitivních testů.....	91
Příloha č. 5 Dotazník České alzheimerovské společnosti.....	98
Příloha č. 6 Soustavné hodnocení kognitivních funkcí.....	99
Příloha č. 7 Práva pacientů s onemocněním demence, zásady komunikace a přístupu ke klientovi s onemocněním demence.....	102
Příloha č. 8 Kasuistiky klientů Domova.....	104
Příloha č. 9 Praktické příklady tréninku kognitivních schopností v Domově pro seniory Zahradní Město.....	136

Příloha 1 Demografické údaje¹¹⁰

Předpokládaný počet seniorů v České republice

rok	celkem populace	Počet lidí ve věku 65- 80 let	Počet lidí ve věku nad 80 let	% zastoupení lidí ve věku nad 80 let
2008	10 345 000	1 515 000	349 000	3,4
2010	10 394 000	1 600 000	373 000	3,6
2020	10 543 000	2 132 000	432 000	4,1
2030	10 429 000	2 391 000	691 000	6,6
2040	10 158 000	2 674 000	853 000	8,4
2050	9 892 000	3 060 000	921 000	9,3
2060	9 514 000	3 175 000	1 274 000	10

Tabulka č. 1: Předpokládaný počet seniorů v České republice

Předpokládaný počet pacientů s onemocněním demence v České republice do roku 2050

Rok	Počet pacientů s onemocněním demence
2000	88 000
2005	95 000
2010	111 000
2015	124 000
2020	138 000
2025	157 000
2030	180 000
2035	202 000
2040	213 000
2045	218 000
2050	227 000

Tabulka č. 2: Předpokládaný počet pacientů s onemocněním demence v ČR do roku 2050

¹¹⁰ srovnej: Gerontologické centrum. *Plán Alzheimer Francie a srovnání s Českou Republikou* [online][cit. 2009-05-01]. Dostupný z WWW: <http://www.geriatric.cz/dokumenty/Plan_Alzheimer_Francie.pdf>

Příloha č. 2 Zásady OSN pro seniory

Zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním OSN (rezoluce 46/91) dne 16. prosince 1991. Některé hlavní myšlenky zásad jsou následující:

Nezávislost

- mít přístup k odpovídající stravě, vodě, obydlí, oděvu a zdravotní péči na základě zajištění příjmu, podpory rodiny a společnosti a svépomoci;
- mít příležitost pracovat nebo mít přístup k jiným příležitostem zajišťujícím příjem;
- mít možnost účastnit se rozhodování, kdy a jak rychle bude probíhat jejich odchod z pracovního života;
- mít přístup k odpovídajícím vzdělávacím a výcvikovým programům;
- žít v prostředí, které je bezpečné a přizpůsobitelné měnícím se schopnostem;
- žít ve svém domově, jak nejdéle je to možné.

Zařazení do společnosti

- zůstat zařazení do společnosti, zúčastňovat se aktivně formulování a realizace politik, které přímo ovlivňují jejich blaho, a podílet se o své znalosti s mladšími generacemi;
- mít možnost hledat a rozvíjet příležitosti pro služby občanské společnosti a pracovat jako dobrovolníci na místech odpovídajících jejich zájmům a schopnostem;
- mít možnost vytvářet hnutí nebo asociace starých lidí.

Péče

- mít užitek z rodinné péče a péče a ochrany společnosti v souladu se systémem kulturních hodnot každé společnosti;
- mít přístup ke zdravotní péči, která by jim pomohla udržet nebo nabýt optimální úroveň tělesného, duševního a emočního zdraví a zabránit nebo zpozdit propuknutí nemoci;
- měli mít přístup k sociálním a právnickým službám, které by rozšířily jejich autonomii, ochranu a péči o ně;
- mít možnost využívat odpovídající úroveň institucionální péče zajišťující ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí;
- požívat lidských práv a základních svobod, až žijí v jakémkoli obydlí, zařízení sociální péče nebo léčebném zařízení, což zahrnuje i respektování jejich důstojnosti, víry, potřeb a soukromí a práv činit rozhodnutí o péči o ně a o kvalitě jejich života.

Seberealizace

- mít možnost využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností;
- mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům společnosti.

Důstojnost

- žít v důstojnosti a bezpečí a nemělo by být využíváno jejich tělesné nebo duševní závislosti;
- Se seniory by mělo být dobře zacházeno bez ohledu na jejich věk, pohlaví, rasovou nebo etnickou příslušnost, postižení a další stav, a měli by být hodnoceni nezávisle na jejich ekonomickém přínosu.¹¹¹

¹¹¹ srovnej: Odbor 71. Ministerstvo práce a sociálních věcí : *Zásady OSN pro seniory* [online][cit. 2009-02-25].

Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1111>>

Příloha č. 3 Pravidla komunikace se seniory s poruchou zraku a sluchu¹¹²

A. Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

1. Komunikace „přes papír“ s neslyšícími je většinou neúčinná. Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznámá úlevu.
2. S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s „prázdnými ústy“. Při mluvení by jednáající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
3. Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
4. Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Pro neslyšící je zřetelné pouze z 30-40 %.
5. Pokud jednáající osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat jej, aby zpomalil nebo větu zopakoval.
6. Zná-li jednáající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka, měla by je používat.
7. Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma, aby se necítil vyčleněn.
8. Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
9. Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky (mobil, rádio).
10. Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku, „co jste mi rozuměl?“.

B. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížěn. Není možné spoléhat na nějaký jiný způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: "Paní, chce si pán sednout?", jsou nevhodné.
3. Osoba jednáající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: "Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný", aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
4. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je důležitý oční kontakt.
5. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu "teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit" nezbytné.
6. Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě.
8. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

¹¹² srovnej: VZP ČR : Desatera pro lepší komunikaci [online][cit. 2009-01-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp#kotva1>>

Příloha č. 4 Příklady kognitivních testů

1. Mini Mental State Examination (MMSE)¹¹³

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Který je nyní rok? Které je nyní roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je nyní měsíc? Ve které jsme zemi? Ve kterém jsme okrese? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty- lopata, šátek, váza Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předmětů (viz bod 2.)	3
5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: Žádná kdyby nebo ale Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „ Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek,která dává smysl) Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2 1 1 1 1 1 1
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

¹¹³ srovnej: Holmerová, I. *Testovník- soubor testů pro gerontologii*. Praha: ČALS, 2003

2. Ischemické skóre dle Hachinského¹¹⁴

	Klinický příznak:	Body:
1.	Náhly začátek	2
2.	Postupující deteriorace kognitivních schopností	1
3.	Fluktuující průběh	2
4.	Noční zmatenost	1
5.	Relativně zachovalá osobnost	1
6.	Deprese	1
7.	Somatické potíže	1
8.	Emoční labilita	1
9.	Hypertenze v anamneze či součastnosti	1
10.	Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
11.	Jiné známky (extracerebrální) aterosklerozy	1
12.	Ložiskové neurologické příznaky (motorické,fatické)	2
13.	Ložiskový neurologický nález (patologické reflexy,hemianopsie)	2
	Celkové skóre	

Hodnocení:

Hodnocení:	
0 – 4 body	Pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci
5 – 6 bodů	Nediskriminující skóre,může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	Pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

¹¹⁴ srovnej: Holmerová, I. *Testovník- soubor testů pro gerontologii*. Praha: ČALS, 2003

3. Reisbergovu škálu GDS (Global Deterioration Scale)¹¹⁵

Stadium	Klinické znaky
1	Bez postižení kognitivních funkcí: Preklinické stadium, nejsou přítomny žádné subjektivní ani objektivní potíže.
2	Počínající postižení kognitivních funkcí: Pouze subjektivní potíže (zapomnětlivost, roztržitost) objektivní vyšetření bez patologie.
3	Lehké postižení kognitivních funkcí: Potíže při vykonávání pracovních povinností, při řeči, řízení automobilu, v neznámém prostředí. Při objektivním vyšetření pouze mírné poruchy paměti.
4	Středně těžké postižení kognitivních funkcí: Neschopnost samostatně provádět některé komplexní činnosti (finanční záležitosti, plánování složitějších aktivit - dovolená, vaření). Vyšetření prokazuje poruchu krátkodobé paměti, řeči a konstrukčních schopností středního stupně.
5	Pokročilé postižení kognitivních funkcí: Neschopnost vykonávat bez dohledu nebo pomoci například: osobní hygienu, vybrat si vhodné oblečení - částečná ztráta soběstačnosti. Objevuje se dezorientovanost v čase a prostoru, pacient zapomíná jména členů rodiny. Pokročilé poruchy paměti, apraxie, agnozie.
6	Těžké postižení kognitivních funkcí: Vyžaduje pomoc při oblékání, při jídle a osobní hygieně. Později dochází i k inkontinenci. Dezorientovanost všemi kvalitami i vlastní osobou. Časté iluze a poruchy chování.
7	Velmi těžké postižení kognitivních funkcí: Těžká porucha až ztráta řeči a jakékoliv komunikace, ztráta schopnosti chůze a volní motoriky, trvalá inkontinence. Neurologické příznaky (rigidita, pseudobulbární syndrom).

¹¹⁵ srovnej: Holmerová, I. *Testovník- soubor testů pro gerontologii*. Praha: ČALS, 2003

4. ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST¹¹⁶

Jméno a příjmení	Datum narození	Délka vzdělání (roky)
Dosažený stupeň vzdělání	Datum vyšetření	
Administrátor	Lateralita: pravák levák ambidexter	

A. POZORNOST A ORIENTACE

1. Orientace: (Skóre 0–10)

Jaké je roční období? Jak se jmenuje budova, ve které jsme? Který je dnes den v týdnu? Kolikátého je dnes? Který máme nyní měsíc? Který máme nyní rok? V kolikátém jsme poschodí? Ve kterém jsme městě? V jakém jsme kraji? V jaké jsme zemi?

2. Paměť- zapamatování

„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:
jablko klíč balón (skóre 0–3)

Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:

„Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“

Po pacientovi požadujeme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (přičemž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje). Za každé správně zopakované slovo z prvního pokusu přidělíme 1 bod.

3. Pozornost a počty

„Nyní odečtěte číslo 7 od čísla 100“ (Skóre 0–5)

Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×). Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi. Za každý správný výpočet přidělíme 1 bod.

Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:

„Hláskujte slovo CESTA“. „Hláskujte slovo CESTA pozpátku.“ (Skóre 0–7)

B. PAMĚŤ

4. Paměť- vybavení

„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(a) a měl(a) si je zapamatovat?“ (skóre 0–3)

Za každé správně vybavené slovo, přičemž nezáleží na pořadí vybavení, přidělíme 1 bod.

5. Paměť anterográdní

„Nyní vám řeknu jméno a adresu a vaším úkolem bude tyto údaje zopakovat. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se je naučit. Později se vás na ně budu ptát.“

Započítáváme pouze třetí pokus, za každou správnou část odpovědi přidělíme 1 bod.

(Martin Dvořák, Sadová ulice 73, Hostěnice, Liberec)

¹¹⁶ srovnej: Sekce kognitivní neurologie. *Addenbrookský kognitivní test : Kognitivní test ACE-R* [online][cit. 2009-03-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.kognice.cz/index.html>>.

6. Paměť retrogradní (Skóre 0–4)

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

C. Verbální fluence

7 a) Písmena (Skóre 0–7)

„Nyní vám řeknu jedno písmeno z abecedy a vaším úkolem bude vyjmenovat za 1 minutu co nejvíce slov, která začínají tímto písmenem. Slova, která budete říkat, nesmí začínat velkým písmenem, to znamená, že to nesmí být názvy, vlastní jména a nesmí jít o slova se stejným slovním základem.“

Počet slov	>17	14–17	11–13	8–10	6–7	4–5	2–3	<2
Body	7	6	5	4	3	2	1	0

7 b) Zvířata (Skóre 0–7)

„Nyní je vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte nyní jednu minutu.“

Počet slov	>21	17–21	14–16	11–13	9–10	7–8	5–6	<5
Body	7	6	5	4	3	2	1	0

D. JAZYK

8. Jazyk a porozumění (skóre 1 bod)

8 a) Pacientovi ukažte napsanou větu „Zavřete oči“ a požádejte ho/ji:

„Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.“

8 b) Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho:

„Vezměte tento list papíru do vaší pravé ruky. Přeložte ho na půl. Položte ho na zem.“

Přidělíme 1 bod za každou správně vykonanou část požadavku. (Skóre 0–3)

9. Jazyk- psaní (skóre 1 bod)

„Nyní napište jakoukoliv větu do volného prostoru listu.“ (Skóre 0–1)

10. Jazyk- opakování

10 a) „Opakujte po mně následující slova.“ (Skóre 0–2)

nosorožec výstřednost nesrozumitelný statistik

2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně

1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně

0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě slova nebo méně slov

10 b) „Více než, naopak a podobně.“

10 c) „Ne jestliže, pokud nebo ale.“

Přidělíme 1 bod za každou správně zopakovanou větu.

11. Jazyk- pojmenování předmětů

„Pojmenujte předměty na obrázcích.“ (12 obrázků) (Skóre 0–12)

+ tužku a hodinky (MMSE- Skóre 0-2)

12. Jazyk- porozumění

Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta: (Skóre 0–4)

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

13. Jazyk- čtení

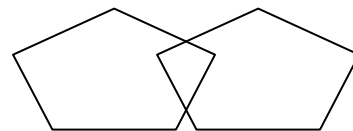
„Nyní přečtěte následující slova.“ šít litr saze těsto výška

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně všechna slova.

E. ZRAKOVĚ PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14. Zrakově prostorové schopnosti

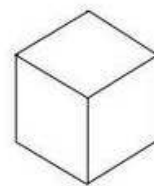
14 a) Překrývající se pětiúhelníky- u pětiúhelníků by mělo být jasně rozpoznatelných jejich pět stran a překřížení. (Skóre 0–1)



„Překreslete následující dvourozměrný obrázek.“

14 b) „Nyní překreslete daný trojrozměrný obrázek.“ (Skóre 0–2)

U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeníh.



14 c) Hodiny

Požádejte pacienta: „Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“ (Skóre 0–5)

15. Percepční schopnosti

Požádejte pacienta: „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“ (4 obrázky: skóre 0–4)

16. Percepční schopnosti „Přečtěte následující písmena.“ (skóre 0–4)

Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.

17. Vybavení (recall)- vybavení anterográdních paměťových informací

„Před nějakou chvilí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.“ Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

18. Znovupoznávání (recognition)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky. Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

„Dobře, nyní vám budu trochu napovídat. Například, řeknu vám tři jména a vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“

Skóruje-li pacient 88 bodů a méně je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %.

(Pokud zvolíme přísnější kritérium, tzn. hranici 82 bodů a méně je senzitivita 84 % a specifita 100 %).

5) Montrealský test¹¹⁷

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)

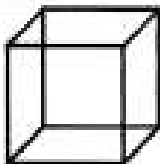
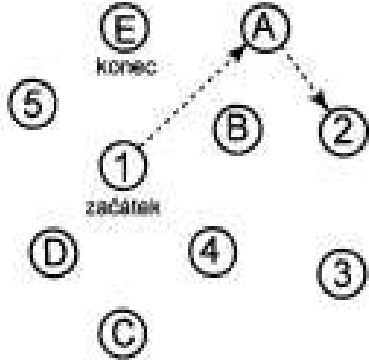
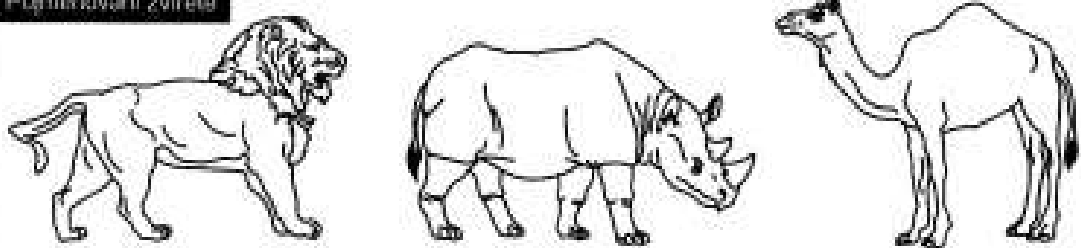
JMÉNO :

Vzdělání :

Pohlaví :

Datum narození :

DATUM :

Prostorová orientace / zručnost				Okopírujte krychli		Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body)		BODY ____/5	
		[]		[]		[] kontura [] číslice [] ručičky			
Pojmenování zvířete									BODY ____/3
									
Paměť	Přečtěte řadu slov. Testovaný je musel opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.		TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	1. pokus 2. pokus	žádný bod
Pozornost	Přečtěte řadu čísel (1 za vteřinou). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. Testovaný je má zopakovat pozpátku.							[] 2 1 8 5 4 [] 7 4 2	____/2
	Čtěte řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybach nedostane žádný bod.							[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOPAAAB	____/1
	Množina odečtů 7 od 100.							[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4-3 správných odečtů = 3 body / 2-3 správné = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod	____/3
Řeč	Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč.							[] []	____/2
Vybavení slov	Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty.							[] ____ (N > 11 slov)	____/1
Abstrakce	Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce.							[] vlak - bicykl [] hodinky - právníka	____/2
Pozdější vybavení slov	Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY	TVÁŘ []	SAMET []	KOSTEL []	KOPRETINA []	ČERVENÁ []	Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY		____/5
Nepovinně	jedna odpověď více odpovědí								
Orientace	[] datum [] měsíc [] rok [] den [] místo [] město								____/6
© Z Nasreddine MD www.mocatest.org		NORMA 2 28 / 30		CELKEM Přidej 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání		____/30			

¹¹⁷ srovnej: Reban, J. Montrealský kognitivní test. *České Gerontologické revue*. 2006, č. 4, s. 225

Příloha č. 5 Dotazník České alzheimerovské společnosti

Rychlý test pro rodinu¹¹⁸

- ano, často (0 bodů)
- někdy (1 bod)
- ne, nikdy (2 body)

1. Jak často se Váš blízký opakuje anebo se ptá znovu a znovu na to samé?
2. Zapomíná Váš blízký více než dříve (především na věci, které se staly nedávno)?
3. Zapomíná Váš blízký brát léky anebo nakoupit najednou více věcí?
4. Zapomíná Váš blízký na schůzku, svátek nebo rodinnou oslavu?
5. Je Váš blízký smutnější nebo bezradnější než dříve?
6. Má Váš blízký problémy s počítáním případně s vedením účtu?
7. Ztrácí Váš blízký zájem o dřívější záliby a koníčky?
8. Potřebuje Váš blízký pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně?
9. Je Váš blízký vznětlivější, podezřavý, neklidný, mluví nesmyslně anebo vidí a slyší věci, které neexistují?
10. Zhoršila se schopnost Vašeho blízkého řídit automobil?
11. Jak často hledá Váš blízký slova, mluví méně plynule anebo zapomíná jména?

Pouze maximální možný počet bodů (22) odpovídá normě. Pokud je výsledek testu 20 a méně bodů, vyhledejte pomoc lékaře.

¹¹⁸ srovnej: Česká alzheimerovská společnost. *Rychlý test pro rodinu* [online][cit. 2008-01-11]. Dostupný z WWW: < <http://www.alzheimer.cz/?PageID=564>>.

Příloha č. 6 Soustavné hodnocení kognitivních funkcí¹¹⁹

1. Paměť

Dotazy:

Dokáže si osoba vzpomenout na události nedávné doby?

Vzpomíná si často na události a situace z dávné minulosti?

Existují diskrepance mezi tím, co říká o svém životě ona sama, a tím, co říkají jiní?

Jak se osoba staví ke své zapomnětlivosti?

Existuje důkaz o konfabulaci, doplňování mezer v paměti logickými, avšak nepřesnými informacemi? Objevují se spontánně nebo jenom při odpovědi na otázku?

Za účelem testování krátkodobé paměti požádejte osobu, aby si vzpomněla na tři předložené předměty okamžitě potom, co je uviděla, a pak znovu po pěti minutách.

Význam zjištěných informací:

Osoba, jejíž okamžité vybavování a krátkodobá paměť jsou porušeny, potřebuje opakování instrukcí, ujišťování a reorientaci. Učit se novým věcem je pro ni mimořádně těžké. Na druhou stranu osobě s dobře zachovanou dlouhodobou pamětí nečiní diskutování o věcech z dávné minulosti žádné potíže. Tyto vzpomínky z dávných dob mohou být báječným obohacením každé interakce. Otázky s otevřeným koncem a trvání na faktech může vyvolat konfabulace, a proto by se jim měl pečovatel vyhnout. Konfabulace je snaha osoby dát význam současným událostem.

2. Expresivní jazyk

Dotazy:

Opisuje osoba slovo, aniž je schopna dostat se k věci?

Užívá někdy k vyjádření myšlenek neexistujících slov (neologismů) nebo skoro slov (parafazie)?

Existuje zásadní rozdíl mezi jazykem, kterým mluví spontánně, a jazykem, kterým odpovídá na otázky? Ten první bývá obvykle plynulejší a sdílnější, zatímco druhý máloslovný a těžkopádný.

Je automatická řeč, říkanky ze školky, počítání, atd. snazší než řeč konverzační? Jsou emocionální projevy zachovány, i když je formální řeč narušena?

Význam zjištěných informací

K tomu, aby pečovatelé uslyšeli skrytý význam slov, budou muset vynaložit větší úsilí při naslouchání, sledovat pozorně komunikaci verbální a nonverbální a věnovat aktivní pozornost vnímání kontextu, ve kterém byl vzkaz sdělen. Pečovatelé nesmí odmítnout zkomolenou řeč, jako důkaz „zmatenosti“ nebo opravovat člověka, který užil nesprávné slovo. Rovněž by neměli usuzovat na základě dobré automatické a spontánní řeči, že jde o neporušenou jazykovou funkci.

3. Receptivní jazyk

Dotazy:

I když je aktivní řeč zcela poškozená, je potřeba zjistit, zda osoba rozumí tomu, co je řečeno.

Dokáže ukázat na pojmenovaný předmět z nabídky dalších předmětů?

Dokáže naznačit odpověď „ano“, nebo „ne“ na jednoduchou otázku?

¹¹⁹ srovnej: Zgola, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 51-56

Dokáže se řídit jednoduchými pokyny, např. aby zvedla předmět, nebo „aby zatleskala“.

Význam zjištěných informací:

Pokud zde má osoba problémy, pečovatel bude muset minimalizovat závislost na verbální komunikaci a rozšířit svou řeč o nonverbální pokyny, jako jsou gesta nebo využití konkrétních objektů. Pečovatel rovněž nesmí předpokládat, že osoba s poruchou řeči není schopna rozumět tomu, co je řečeno.

4. Psaný jazyk

Dotazy

Dokáže osoba provést jednoduchou psanou instrukci, například tleskej?

Význam zjištěných informací

Přestože osoba dokáže číst nahlas, nemusí rozumět smyslu toho, co přečetla. Pokud tomu nerozumí, není možno spoléhat se na psané poznámky, připomínky a orientační značky.

5. Pozornost

Dotazy

Je snadné vzbudit pozornost osoby a její pozornost si udržet? Je schopna se soustředit? Je možné ji vyrušit? Zvládne jednoduchý úkol jako vyjmenovat po sobě jdoucí měsíce roku dopředu a zpátky? Kolik dokáže opakovat číslic dopředu a dozadu? Zvládne postupné odečítání sedmičky a pětky do stanovené hodnoty?

Význam zjištěných informací

Osoba může mít potíže setrvat u úkolu. Může se mu během konverzace vzdálit. Osoba si nemusí všimnout náhodných podnětů, a tudíž si je také nemusí zapamatovat. Bude asi zapotřebí často ji připomínat cíl její aktivity a opakovaně ji směřovat směrem k úkolu. K úspěšnému zvládnutí činnosti je pro tuto osobu mimořádně důležité, aby byla v prostředí, ve kterém není vyrušována její pozornost.

6. Abstrakce

Dotazy

Rozumí osoba smyslu vyjádření, které neodráží konkrétní realitu? Může pochopit pokyny týkající se objektů, které nejsou bezprostředně přítomny?

Význam zjištěných informací

Osobě s problémy v této oblasti bude činit potíže, má-li něco vysvětlit nebo si učinit představu o budoucích událostech či důsledcích svého jednání. Měly by se jí proto dávat instrukce nebo klást otázky s konkrétními napovídajícími narážkami.

7. Úsudek

Dotazy

Napovídá chování osoby, že se něco mění v hodnocení sociálních důsledků jejího jednání? Dokáže řešit jednoduché problémy? Dokáže předvídat důsledky svých činů? Otázky typu: :Co byste dělala, kdyby...?

Význam zjištěných informací

Této osobě se mohou přihodit trapná faux pas. K tomu, aby úspěšně prošla určitou situací, bude potřebovat vést krok za krokem pomocí přímých explicitních instrukcí. Bude třeba jí objasňovat jednoduché problémy nebo omyly a předcházet katastrofickým reakcím.

8. Vhled

Dotazy

Uvědomuje si osoba změny svých vlastních schopností? Hodnotí se realisticky? Čemu tuto změnu přisuzuje? Jak si vysvětluje změnu přestěhování do Domova pro seniory? Jak přijímá pomoc? Pozorujte její reakce, když nabízíte pomoc. Všimněte si, jak osoba popisuje zařízení, v němž žije, a svůj vztah k němu. Ved'te s ní rozhovor o obecných změnách, které prožívá člověk během života.

Význam zjištěných informací

Osoba, která postrádá vhléd anebo své schopnosti nehodnotí realisticky, potřebuje, aby na ni někdo dohlížel, a poskytoval ji zvýšenou podporu, je-li konfrontována s obtížnými situacemi. Jestliže se zdá, že osoba inklinuje k nerealistickému hodnocení svého jednání, je dobré obrátit se na sociálního pracovníka, aby s osobou začal rozhovor, týkající se jejího „problému s pamětí“.

9. Vizualně prostorové vnímání

Dotazy

Odhaduje osoba správně vzdálenost a směr? Zdá se, že vnímá správně polohu vlastního těla ve vztahu k okolním předmětům? Dokáže odlišit pravou a levou ruku? Ztrácí snadno cestu? Požádejte osobu, aby okopírovala jednoduchý obrázek- čtverce, protínající se trojúhelníky nebo krychli. Dokáže zkonstruovat z klacíků nebo zápalek čtverec nebo trojúhelník?

Význam zjištěných informací

Osoba s poruchami těchto funkcí má tendenci být nejistá a dysfunkční. Je pravděpodobné, že osobě bude činit potíže orientovat se v prostředí a může se ztratit. Činnost bude zvládat lépe, pokud dostane jednoduché instrukce a budou přitom využívány různé smyslové podněty.

10. Výkonové funkce zahrnují nejvyšší úroveň hybnosti, která spojuje řadu kroků, vytvářejících dohromady složité, naučené pohyby.

Dotazy

Dokáže osoba na povel přesně provést dříve naučené motorické pohyby- zatnout ruku v pěst nebo udělat kolečko spojením palce a prstu apod. Dokáže takové akce napodobit? Zvládne složitý úkol skládající se z více kroků, jako např. složit dopis, vsunout do obálky a zalepit? Má osoba nepřiměřené problémy s oblékáním, stává se zmatenou, když vsunuje končetiny do oblečení nesprávně, oblékne si oblečení špatně, nebo když si oblékne nevhodný oděv?

Význam zjištěných informací

Osoba, která má problémy v této oblasti, potřebuje k dokončení složitých úkolů podrobné instrukce, jak postupovat krok za krokem. Bude mnohem lepší, když dostane zjednodušené úkoly, v nichž může využít známých vzorců. Bude zřejmě zmatenější, jestliže po ní pečovatel bude chtít věci, kterým sama nerozumí, nebo se jí bude snažit vysvětlit, jak se stalo, že udělala chybu.

Příloha č. 7 Práva pacientů s onemocněním demence, zásady komunikace a přístupu ke klientovi s onemocněním demence

A) Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence¹²⁰

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

B) Desatero komunikace s klienty se syndromem demence:

Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.

Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.

Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.

V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.

Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.

Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.

Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.

Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.

Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem.

Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.¹²¹

Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

¹²⁰ srovnej: Česká alzheimerovská společnost. *Charta práv pacientů* [online][cit. 2009-05-22]. Dostupný z WWW: < <http://www.alzheimer.cz/?PageID=488> >.

¹²¹ srovnej: Klevetová, D., Dlabalová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, 113-120

C) Další zásady přístupu ke klientovi s onemocněním demence

- nabídnout nějakou aktivitu, zaměstnat klienta, využít k tomu dosavadních dovedností, minulých zkušeností, vzpomínek, apod.
- trpělivost při kontaktu nemocným (netrpělivost, snaha rychle dosáhnout toho, co po klientovi chceme, vede k úzkosti klienta, nejistotě a spouští obranné reakce), nutnost přizpůsobit se tempu a myšlení klienta a vysvětlování všeho, co se klienta týká.
- získat informace o klientovi
- dbát na správné oslovení, hovořit v jednoduchých větách, srozumitelně, pomalu, používat hlubší tón hlasu a pokyny podávat postupně
- vždy sdělovat, co děláme, kdy, jak, kde, proč, vše klientovi vysvětlit
- na nemocného nenaléhat, pokud odmítá nějakou činnost, neponižovat jej, nevysmívat se mu
- brát na vědomí a nevyvracet pocity nemocných
- projevovat zájem- každé chování má svůj skrytý význam
- sledovat a reflektovat činnosti nemocného, nedávat otázky typu- kam jdete, co děláte, ale popisovat, situaci
- neusměrňovat, nenapomínat, nebojovat, nepřehlížet nemocného
- hledat cestu vzájemného porozumění, snažit se pochopit svět klienta
- snažit se pochopit chování klienta- nedělá schválnosti, může prožívat úzkost, obavy, svět se mohl pro něj stát nebezpečný...
- věříme všemu, co klient říká- právě tomu věří.
- nevyvracet klientovi myšlenky, klást vhodné otázky
- chválit nemocného, oceňovat jej za konkrétní činnost, za každou maličkost, být vděční za každý pokrok. Podporovat klientovu soběstačnost
- nezatěžovat nemocného přehnanými nároky a plánovat denní aktivity pravidelně
- vytvářet příjemné prostředí s názornými pomůckami
- pozitivní neverbální komunikace (úsměv pohlazení, klidný přístup, klidný hlas)
- omezovat předsudky ze strany okolí, taktně bránili klienta před útočným negativním chováním okolí vůči nemocnému, vyzývali k toleranci a trpělivosti
- spolupracovat s blízkými klienta

Příloha č. 8 Kasuistiky klientů

1. KAZUISTIKA- KLIENT 1

Sociální služba- Domov pro seniory

A) ANAMNÉZA

Klient, 74 let, žije v Domově pro seniory od září roku 2004.

Zdravotní stav: Klient uvádí tyto potíže: vysoký krevní tlak, po cévní mozkové příhodě levostranné postižení-horší pohyblivost. Chodí samostatně za pomoci jedné holi, na delší vzdálenosti (mimo patro, budovu, do výtahu) potřebuje doprovod. Má horší pohyblivost pravé ruky a nohy. Čte s brýlemi, na dálku vidí bez omezení. Slyší dobře.

Orientace: Klient je orientovaný místem, časem i osobou. Ví, kdy se narodil, kde bydlí, kdo je staniční sestra na jeho oddělení. Dle vlastních slov zapomíná hlavně, co si přečetl nebo co slyšel.

Životní události: Říká, že nejvíce jeho život ovlivnila cévní mozková příhoda. Toto onemocnění jej také přivedlo do domova pro seniory. Zaměstnáním byl tesař.

Psychická a emocionální oblast: Klient je pozitivně naladěný, vtipkuje, rád se směje, žertuje („žertuje také sám o sobě“, často si ostatní dobírá). Je aktivní, kreativní, spolupracuje, iniciativní, vyrovnaný, klidný. Za určité situace bývá občas dojatý (při povídání o nějakém jeho oblíbeném místě, při povídání o životě osobností). Nemá strach projevit své emoce.

Komunikace: Umí si říct, když něco potřebuje zařídit, a dohodnout se. Řeč může být někdy nesrozumitelná z důvodů proběhlé mozkové cévní příhody. Dobře se snímovídá.

Rodina: Jednou týdně chodí manželka a dcera, o klienta projevují zájem.

Sociální vztahy: Ve skupině je oblíbený, společenský, rád žertuje, zasměje se. Ostatní klienti se ptají, pokud na skupinu nepřejde. Navštěvuje téměř všechny aktivity DS.

Zájmy: Mezi jeho zájmy patřila chata, zahrádka, sport, nyní sleduje sport v TV, luští křížovky, účastní se aktivit zařízení. Rád povídá o svém rodišti.

Den v Domově pro seniory: Klient tráví svůj volný čas dle vlastních slov nejraději v posteli, chůzí po chodbě, sledováním televize (hlavně starých českých filmů). Dopoledne se prochází, po obědě spí, odpoledne se prochází. Má své denní rituály. Dochází na aktivity, a pokud nejsou tráví čas na boxu, za pěkného počasí je na terase s ostatními klienty.

Účast na aktivitách Domova pro seniory: Klient se účastní všeho, co zařízení nabízí, ve výběru aktivit je samostatný. Každý den navštěvuje dopolední aktivity- cvičení, zpívání, hrátky s pamětí, předčítání, a odpoledne na odpolední aktivity- vernisáže, koncerty, kluby.

B) KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1. Paměť:

Klient si stěžuje na zhoršenou paměť po cévní mozkové příhodě (dle vlastních slov zapomíná hlavně co si přečetl nebo co slyšel). Účastní se trénování paměti. Říká, že to je „hlavně zábava, ta paměť je špatná.“ Dobře si pamatuje a plní úkoly, kde jsou čísla a zeměpisné znalosti, větší potíže má při úkolech týkající se hledání slov, přirovnání, slovních spojení apod. Samostatně cvičí paměť luštěním křížovek s manželkou, ale říká, že to už nejde. Když je mu dobře, opakuje si někdy násobilku, aby nezapomněl. Říká, že pro zapamatování si musí vše opakovat nebo mu to někdo musí napsat.

Krátkodobá paměť- mírně zhoršená (při rozhovoru si klient vzpomněl, jaký byl včera koncert, nevzpomněl si, co bylo k obědu, při ukázání tří věcí je bezprostředně zopakoval, po pěti minutách si vzpomněl na dvě z nich.)

Dlouhodobá paměť- dobře zachována (není nesrovnalost mezi tím, co říká, a tím, co říkají jiní, nejsou patrné nepřesnosti- klient zná svou životní historii.).

Vzpomínky- zachovány- Klient rád vzpomíná, v čase se orientuje (rozlišuje minulost, přítomnost, budoucnost), vzpomínání tvoří převážnou část trávení dne.

2. Jazyk a komunikace

Z důvodů cévní mozkové příhody je řeč méně srozumitelná a klient déle hledá slova. Komunikace je konstruktivní, spontánní, iniciativní, rád žertuje. Jazyková funkce (expresivní i receptivní složka) je neporušená. Psaný jazyk je také neporušený.

3. Pozornost: Pozornost je neporušená, klient ji dokáže udržet a soustředit se na nějakou činnost. Číslice a měsíce pozpátku bez potíží opakuje. Odčítání čísla 7 od čísla 100 pětkrát za sebou zvládl bez potíží. Pozornost při aktivitách udrží.

4. Abstrakce: Klient dokáže spojit dva pojmy v souvislost, potíže mu dělalo vysvětlení přísloví- „Co to znamená, když se řekne...“.

5. Úsudek: Klient dokáže řešit jednoduché problémy, dokáže uvažovat o budoucnosti, odpovědět na otázku, „co byste dělal, kdyby...“. Problémy řešit umí, obvykle si sám nebo s podporou rodiny poradí. Pokud něco potřebuje, dokáže si o to i opakovaně říci.

6. Vhled: Klient si uvědomuje změny vlastních schopností a verbalizuje je (zhoršování paměti). Ví, že je to následek proběhlého onemocnění, hodnotí se realisticky. Do Domova pro seniory šel z důvodů zhoršujícího se zdravotního stavu. Říká, že se nedokázal sám o sebe postarat, a proto si podal žádost. Adaptace na zařízení dle jeho slov u něj netrvala dlouho, brzy se přizpůsobil. Pomoc přijímá bez potíží, ví, co dokáže a co již ne. O pomoc si dokáže říci. Jeho postoj k zařízení a ostatním klientům je pozitivní.

7. Vizuálně prostorové vnímání: Klient nemá s prostorovou orientací potíže- dokáže hodit kroužek nebo míček do dva metry vzdálené nádoby, odhadnout směr a překážky před sebou. Ze sirek dokáže poskládat geometrické obrazce. Určí levou a pravou stranu.

8. Výkonové funkce: Klient se dokáže samostatně obléknout, ví, kam které oblečení a jak patří. Dokáže pohyb a úkon napodobit a na požádání udělat. V motorických úkonech je omezen z hlediska hybnosti a ne z důvodů kognitivní dysfunkce.

C) ZÁVĚR

Klient je orientovaný, není patrné výrazné ohrožení a pokles kognitivních schopností. Objevují se drobná zhoršení krátkodobé paměti a mírně potíže s artikulací. Sám si trénuje paměť, chodí na aktivity zařízení.

Návrh možností pro podporu kognitivních schopností u klienta:

Významné je klienta podporovat ve všech současných činnostech, motivovat jej k trénování kognitivních schopností a podněcovat tuto snahu nabízením dalších možných činností. Důraz je třeba přitom klást na podporu krátkodobé paměti u klienta. Jedná se nejen o nabídku skupinových, ale také individuálně zaměřených úkolů. Sem patří luštění křížovek s klientem, hádanky, testy, pokládání různých otázek v průběhu rozhovoru s klientem, které jsou zaměřené na podporu krátkodobé paměti (kde byl, co se tam dělo, kdo tam byl, co bylo k obědu, co se konalo za koncert předešlý den, kdy měl návštěvu apod.).

2. KAZUISTIKA- KLIENT 2

Sociální služba- Domov pro seniory

A) ANAMNÉZA

Klientka, 99 let, žije v Domově pro seniory Zahradní Město od srpna roku 2006.

Zdravotní stav: Klientka si sama přeseďne na toaletu vedle postele, za pomoci chodítka si dojde na skupinové cvičení . Mimo patro potřebuje vozík. Sluch má bez omezení. Nevidí na jedno oko a při čtení potřebuje brýle.

Orientace: Je plně orientovaná, ví kde bydlí, kolikátého je, kdy se narodila apod.

Životní události: Je volyňská Češka, v ČR žije od roku 1947. Do svých 95 let byla zcela samostatná a aktivní. Poté dostala pásový opar a od té doby je upoutána na lůžko. Jejím velkým přáním je opět chodit a moci se tak vrátit zpět domů. Zaměstnáním byla švadlena.

Psychická a emocionální oblast: Klientka je klidná, starosti ji dělá její zdravotní stav. Moc by si přála znovu chodit. Je tolerantní. Snaží se žít aktivně, je snaživá, má pevnou vůli. Nic nevzdává. Když si však uvědomí, že se jí nedaří samostatně chodit, je z toho smutná, zkroušená a motivace k další činnosti pak upadá.

Komunikace: Klientka je komunikativní, rozhovor s ní je konstruktivní, srozumitelný. V hovoru je familiérní, užívá tykání. Spontánně laškuje a užívá laskavý humor.

Rodina: Péči o klientku zajišťuje její neteř, která je sama po operaci kyčelního kloubu. Kromě neteře za dochází na návštěvy její prasynovec a praneteř.

Sociální vztahy: Na pokoji baví spolubydlící tím, že jim zpívá, říká básničky a vypráví příběhy z mládí. S ostatními na pokoji vychází bez problémů. S neteří mají velmi pěkný vztah. Při cvičení je aktivní, navazuje komunikaci s ostatními klienty, je přátelská, zapojuje se do aktivit, ráda zpívá.

Zájmy: Klientka má ráda psy. Dříve šila, poslouchala rádio, nyní má raději klid. Chodí na skupinové aktivity, na koncerty, ráda zpívá.

Den v Domově pro seniory: Nejvíce času tráví na pokoji, kde pospává, čte časopisy, povídá se svými spolubydlícími. Po obědě má ráda kávu. Chodí na pravidelné aktivity na patře a na koncerty. Při pěkném počasí tráví odpoledne na terase.

Účast na aktivitách Domova pro seniory: Klientka se účastní všech aktivit na patře a některých hromadných akcí Domova. Tréninků s paměti se účastní.

B) KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1. Paměť

Klientka si stěžuje na problémy s pamětí. Říká, že jí to „tolik nemyslí“. Ráda navštěvuje dopolední tréninky. Paměť také trénuje luštěním křížovek a opakováním některých věcí pro sebe. Navštěvuje skupinové hrátky s pamětí, na nichž je aktivní.

Krátkodobá paměť: klientka si vzpomíná na některé události z minulé doby (kde byla na koncertě, kdy měla návštěva, ví, v kolik hodin chodí dopoledně na cvičení), na něco si nevzpomíná (co dělala předchozí den, co bylo k obědu). Při vyjmenování tří předmětů si po pěti minutách na všechny vzpomněla.

Dlouhodobá paměť: klientka si pamatuje události z dávné minulosti. Zná mnoho písni/básní, které ráda zpívá/říká. Umí polsky a rusky. Dokáže doplnit pořekadlo, říci slova na konkrétní písmena apod. Vybavuje si některé všeobecné znalosti bez potíží.

Vzpomínky jsou zachovány. Zná svou životní historii a ráda mluví o svém životě. Její sdělení se shodují se sdělením příbuzných.

2. Jazyk a komunikace

Klientka komunikuje bez potíží, srozumitelně, iniciativně. Často obrací řeč od své osoby a pokládá otázky druhému. Když s něčím nesouhlasí nebo něco potřebuje, dokáže to říci. K vyjádření neuzivá neologismů ani parafází. Rozdíl mezi spontánním jazykem a jazykem, kterým odpovídá na otázky, není. Řeči rozumí, dokáže ukázat na pojmenovaný předmět, řídit se pokyny řečenými i psanými.

3. Pozornost: Klientka udrží pozornost a dokáže se soustředit určitou dobu. Není snadno vyrušitelná. Měsíce po sobě a čísla pozpátku říci dokáže, sedmičku od čísla 100 neodečetla. Během skupinové aktivity často usíná. Říká „že na to má ve svém věku nárok“.

4. Abstrakce: pojmům, které nejsou konkrétně přítomny, bez potíží rozumí. Komunikuje v logických souvislostech

5. Úsudek: Klientka rozumí sociálním situacím, ví, jaké jsou důsledky určitého chování. Je pro ní důležité, aby se lidi nehádali. Pokud ví, že je někdo k někomu nepřátelský, hodnotí tí to velmi kriticky. Na otázky typu: „Co byste dělala, kdyby...?“ dokáže odpovědět.

6. Vhled: Klientka se hodnotí realisticky, uvědomuje si změny svých schopností a chápe ji jako přirozenou ve stáří. Říká, že na to má nárok (usínání v průběhu aktivity, potíže v krátkodobé paměti). Do Domova pro seniory přišla na vlastní přání z důvodů zhoršené soběstačnosti. K zařízení i ostatním lidem má pozitivní vztah. Ráda mluví o životě, dává přátelská poučení a rady. Má svou životní filosofii, působí vyrovnaně se svým životem.

7. Vizualně prostorové vnímání: Klientka nemá potíže v odhadování vzdálenosti a směru, s určením levé a pravé strany, s polohou svého těla. Zná číslo svého pokoje a cestu najde. Geometrický obrazec sestaví.

8. Výkonové funkce: Naučené motorické pohyby na povel provést dokáže, při cvičení úkony napodobí. Složitější úkol udělá. Nemá problémy s oblékáním.

C) ZÁVĚR

Klientka je orientovaná, není u ní patrné výrazné zhoršení kognitivních schopností. Hodnotí se realisticky. Říká, že už jí to „tolik nemyslí“. Uvědomuje si změny paměti (především zhoršení krátkodobé paměti) a pozornosti (během aktivity často na krátkou dobu usíná. Říká, že na to „má v téměř sto letech nárok“.

Návrh pro podporu kognitivních schopností u klienta:

Klientku je vhodné nadále motivovat k účasti na skupinových aktivitách (dopolední tréninky, povídání o osobnostech, koncerty apod.) a povzbuzovat ji k samostatnému trénování paměti. Aktivizační pracovník by mohl zkoušet různé metody pro individuální procvičování kognitivních schopností. Tyto tréninky by měly probíhat formou otázek a být zaměřeny především na krátkodobou paměť (dotazy na předchozí den/týden, úkoly pro procvičení krátkodobé paměti, kimova hra).

Pozitivní by bylo posilovat sebepojetí a dlouhodobou paměť klientky rozhovory týkající se minulosti a jejího života. Jako optimální vidím pozvat klientku do reminiscenční skupiny, v níž by měla možnost tématicky vzpomínat s ostatními lidmi.

Kromě toho je třeba snažit se udržet přátelské, klidné prostředí a minimalizovat hádky v okolí klientky (na pokoji, ve skupině).

3. KAZUISTIKA- KLIENT 3

Sociální služba- Domov pro seniory

A) ANAMNÉZA

Klientka, 97 let, žije v Domově pro seniory od května roku 2000.

Zdravotní stav: Klientka má potíže s chůzí a bolesti nohou. Chodí pomalu, v poslední době se stav zhoršuje. Má silnou vůli, která ji nutí k pohybu. Po pokoji chodí samostatně, mimo pokoj potřebuje doprovod na vozíku z důvodů špatného zraku a potíží s nohama. Je téměř nevidomá (šedý zákal, jedno oko lepší)- vidí světlo/tmu a obrysy velkých předmětů. Od mládí neslyší na levé ucho, je třeba mluvit z pravé strany.

Orientace: Klientka je plně orientovaná časem, místem, osobou. Zajímá se o současné události, poslouchá rádio, příbuzní jí předčítají odbornou literaturu. V poslední době se u ní někdy objevují různé představy nezaložené na pravdě (ona sama říká, že se jí to plete) a občas si nesprávně vyloží některé informace, které slyšela.

Životní události: Zaměstnáním byla tlumočnice, překladatelka, korespondentka. Výraznou událostí pro ni byl odchod syna s rodinou do emigrace.

Psychická a emocionální oblast: Klientka je klidná, citlivá, přátelská, vzdělaná, intelektuálně založená. Se životem je vyrovnaná. Je k sobě kritická a soudná, přesně definuje, jak to s ní vypadá a co ještě může zvládnout. Má silnou vůli. Snaží se několikrát denně chodit po pokoji, mít o mnoho věcí hlubší zájem a trénovat si paměť. Má své rituály, které se snaží dodržovat, ubývají jí však síly a nadšení. Někdy bývá prudká a podrážděná (zvláště na rodinu, pak ji to dle jejích slov mrzí, že tak „vyjela“), říká, že kdyby počkala v reakci, bylo by to lepší.

Komunikace: Řeč je klidná, srozumitelná, komunikace konstruktivní, orientovaná, logická, iniciativní. Klientka hovoří plynule německy.

Rodina: Rodina klientku pravidelně navštěvuje, zařídí ji vše, co potřebuje. Má dva syny, čtyři vnoučata a devět pravnoučat. Všichni za ní chodí i s rodinami.

Sociální vztahy: Dříve byla samotářská, když mohla číst a luštit křížovky, dnes se hodnotí spíše jako společenská, ráda si popovídá. Se spolubydlícími vychází bez problémů. Účastní se aktivity- povídání o osobnostech. Ve skupině je aktivní, když je něco co ji zajímá. Chodí na koncerty vážné hudby, pokud to umožňuje její zdravotní stav.

Zájmy: Dříve měla velké množství zájmů- čtení, sport - lyžování, plavání, volejbal, cestování (navštívila mnoho států), pěší turistika, tanec, hudba, luštění křížovek. Nyní se snaží některé ze zájmů udržet. Ze začátku ještě četla knihy, luštila křížovky, v současné době vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu poslouchá klasickou hudbu (má walkmana, který je pro ni nyní náročný na obsluhu, rádio, které využívá více), rádio, někdy chodí na koncerty vážné hudby v zařízení. Jejím koníčkem je němčina a překlady (vnučka ji předčítá v němčině). Zajímá se o vše okolo své rodiny.

Den v Domově pro seniory: Většinu dne tráví na pokoji. Dopoledne poslouchá rádio, po obědě dvě hodiny spí. Odpoledne se snaží se chodit s použitím chodítka a trénuje si paměť. Při pěkném počasí sedává na terase (potřebuje doprovod na vozíku). Často má návštěvu příbuzných. Každý večer poslouchá rádio.

Volný čas a účast na aktivitách Domova pro seniory: Klientka se účastní povídání o osobnostech, někdy zpívání a koncertů vážné hudby.

B) KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1. Paměť

Klientka zná své možnosti, hodnotí se realisticky. Ví, že se jí stává, že zapomíná, a verbalizuje to- říká personálu, aby ji potřebnou informaci znovu zopakovali apod. Skupinových aktivit trénování paměti se neúčastní. Paměť si procvičuje sama prostřednictvím různých textů a jejich opakování (toho, co jí bylo přečteno, co slyšela v rádiu). Kromě toho si oživuje dřívější znalosti, debatuje s příbuznými o literatuře a hudbě, oživuje si německý jazyk tím, že si vše překládá a mluví německy se svou vnučkou.

Krátkodobá paměť: Klientka si dokáže vzpomenout na nedávné události (co bylo k obědu, na jakém byla koncertě), tři předměty po pěti minutách zopakovat dokáže. Ví o tom, že někdy zapomíná a připomíná to personálu (např. aby ji informaci zopakovali).

Dlouhodobá paměť: Klientka má dobře zachovalou dlouhodobou paměť, mnoho informací si pamatuje, ráda si vědomosti a znalosti vybavuje.

Vzpomínky: Klientka ráda vzpomíná na svůj život.

2. Jazyk a komunikace

Řeč klientky je srozumitelná a klidná. Komunikuje bez obtíží. Mluví plynule, spontánně. Je iniciativní, ráda si popovídá. Mluvené řeči rozumí. Její emocionální projevy jsou zachovány.

Klientka je téměř nevidomá, proto není možné posoudit, jak rozumí psanému jazyku.

3. Pozornost: Klientka nemá v oblasti pozornost výrazné potíže. Je schopna se dostatečně soustředit. Měsíce po sobě a čísla pozpátku dokáže říci. Někdy v průběhu činnosti usíná.

4. Abstrakce: Klientka bez potíží rozumí a užívá abstraktní pojmy a vyjádření. Ráda mluví o svých myšlenkách a obecně o životě. Chápe potíže svých příbuzných, pokud se jí s něčím svěří.

5. Úsudek: Klientka dokáže posoudit důsledky svého chování. Zná své reakce a ví, jak působí na ostatní. Má denní rituály, které jsou pro ni důležité dodržovat. Ráda ví všechno dopředu, věci potřebuje mít na svém místě (to je způsobeno také poruchou zraku). Každá změna je pro ni zátěžová a nežádaná. V případě, že je něco jinak, než si myslela, bývá rozmrzelá a podrážděná. Problémy, s nimiž se setkává, však řešit dokáže. Na otázku, „co byste dělala, kdyby...“ umí odpovědět, ale odpověď rozebírat nechtěla.

6. Vhled: Klientka se hodnotí realisticky. Změny svých schopností si uvědomuje, přisuzuje stáří a zhoršení svého zdravotního stavu (především tomu, že téměř nevidí). O co nejvíce věci se snaží postarat sama. Pokud to již nejde, požádá a pomoc, kterou přijímá bez potíží. O pobyt v Domově pro seniory si zažádala z vlastní vůle z důvodů zhoršené soběstačnosti, neboť nechtěla působit rodině starosti. Chápe změny ve svém životě, často mluví o stáří a co s sebou stáří přináší. Je vyrovnaná se svým životem. K zařízení má pozitivní vztah.

7. Vizuálně prostorové vnímání: Klientka ví, kde je levá a pravá strana. Z důvodů poruch zraku není dále možno v této oblasti posoudit úroveň schopností.

8. Výkonové funkce: Na pokyn dokáže provést určité pohyby, které nevyžadují zrakovou koordinaci.

C) ZÁVĚR

Klientka je orientovaná, její kognitivní schopnosti jsou zachovány. Klientka si je trénuje vlastními silami. Pokud vnímá, že se tyto schopnosti zhoršují (krátkodobá paměť, pozornost), snaží se o procvičování (jejími slovy, aby „pracoval mozek“) a případnou kompenzaci tak, aby zůstala její soběstačnost, co nejdéle zachována.

Návrh pro podporu kognitivních schopností u klienta:

Kognitivní schopnosti u klientky by pracovníci mohli podpořit opakovanou diskusí na témata, o která se zajímá (literatura, hudba, historie, zprávy ze světa, rozhovory v německém jazyce). Aktivizační pracovník by měl nabídnout a doprovodit klientku na koncerty vážné hudby a na povídání o osobnostech, vždy, když bude mít zájem. Kromě toho by jí mohl nabídnout pravidelné předčítání dle přání alespoň jednou týdně.

Důležité je klientku povzbuzovat a motivovat ve snaze udržet si co nejdéle soběstačnost a hledat spolu s ní možnosti kompenzace, pokud by se některá schopnost v budoucnu zhoršila.

4. KAZUISTIKA- KLIENT 4

Sociální služba- Domov se zvláštním režimem

A) ANAMNÉZA

Klientka, 85 let, žije v Domově pro seniory Zahradní Město od července roku 2005.

Zdravotní stav: Klientka má vysoký krevní tlak a diagnostikované onemocnění demence. Před rokem měla potíže s inkontinencí a velice těžko tuto ztrátu soběstačnosti nesla. V současné době je její zdravotní stav stabilizovaný, pomoc druhé osoby přijímá bez negace-nebrání se, nestěžuje si, vždy se ptá, jestli požadovanou činnost dokáže. Chodí za pomoci chodítka po patře a někdy i po budově samostatně. Potřebuje doprovod kvůli orientaci. Klientka čte s brýlemi, slyší bez omezení.

Orientace: Klientka má potíže s orientací. Nevzpomíná si, kde je a na jakém pokoji bydlí, na pokoj zpět netrefí. Zná své jméno. Ví, které má spolubydlící, jejich jména nezná. Všechny pracovníky zařízení oslovuje sestřičko. Neví, jaký je den, měsíc a rok. Tato dezorientace je u klientky proměnlivá. Někdy dokáže určit správné číslo pokoje, někdy je velmi dezorientovaná a zmatená.

Životní události: Klientka se narodila Jindřichové Hradci. Tento kraj má pro ni veliký emocionální význam. Měla krásné manželství, na svého manžela vzpomíná s láskou. Pracovala jako účetní, práce ji velmi bavila.

Psychická a emocionální oblast: Klientka je klidná, citlivá, přátelská, tichá, skromná, poslouchá syna a nechce mu způsobovat problémy. Někdy bývá nervózní. Všude má papírky (po kapsách, v každé volné dutině, v polštářích, v kapsičce co ji má pověšenou na krku apod.). Je introvertní, není problémová. Nevadí ji nekomunikující klienti. Nemá ráda, když ji někdo napadá pro „drobnosti“. Hluk a špatný přístup jiných lidí vůči ní ji rozruší.

Komunikace: Klientka hovoří srozumitelně, hlas má přiměřený, řeč klidnou. Komunikace může být nesouvislá až zmatená.

Rodina: Klientku navštěvuje syn se snachou. Ve všem spoléhá na syna

Sociální vztahy: Klientka je spíše samotářská. Kolektivních aktivit se účastní ráda a pravidelně. Je zdvořilá, vždy pozdraví. Ve skupině je submisivní, spolupracuje. Když se ji ostatní klienti na něco ptají odpoví často úsměvem, přikývnutím, souhlasem. Má obavu, aby někomu nepřekážela, aby si nesesdla na něčí místo apod. S jednou klientkou má přátelský vztah. Pamatuje si ji, vřele se s ní uvítá a má radost, že ji vidí. Na pokoji má bezproblémové

vztahy, ostatní klienti ji pomáhají. Ve všem spoléhá na svého syna, kterému nechce přidělovat starosti. Tak se i chová k personálu, chce být co nejméně každému na „obtíž“.

Zájmy: Dříve ráda zpívala, tancovala, cvičila a chodila na kulturní a společenské akce. Nyní čte noviny, časopisy, sleduje TV (seriály a zprávy), chodí na aktivity Domova pro seniory, hlavně na programy na patře.

Den v Domově pro seniory: Klientka tráví den buď na pokoji nebo se účastní aktivit domova (především na patře). „*Dopoledne, když je to cvičení a odpoledne přednášky, číst už nečtu. Dřív jsem chodila víc, téma rokama člověk stárne a vždycky není tak pohromadě.*“

Účast na aktivitách Domova pro seniory, především na tréninku paměti: Klientka se účastní programů na svém patře, tedy i tréninků paměti, a některých koncertů (dechovka, tanec, zpěv).

B) KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1. Paměť

Klientka neverbalizuje potíže s pamětí. Na aktivitě „hrátky s pamětí“ je spíše pasivní, zapojuje se především při hádání známých přísloví, rýmů, slov písní a dalších úkolů souvisejících s automatizovanými dovednostmi. S klientkou paměť individuálně trénovaná není.

Krátkodobá paměť: U klientky je patrný pokles krátkodobé paměti. Nepamatuje si, kdy je cvičení (pamatuje si, že cvičit chodí), nezná číslo pokoje, je třeba ji vždy doprovodit. Neví, jaký je den, co bylo k obědu, kdy měla návštěvu. Tři věci dokázala vyjmenovat ihned po vyslovení, po pěti minutách si na ně nevzpomněla. Při rozhovoru se mohou u klientky objevit konfabulace.

Dlouhodobá paměť: Klientka ví, jak se jmenuje, kdy se narodila, odkud pochází, v jakém městě bydlí. Při hrátkách s pamětí někdy uvede správnou odpověď (často se týkající slovních úkolů nebo určitých znalostí). Někdy tato odpověď s otázkou nesouvisí nebo je nesprávná.

Vzpomínky: Klientka vzpomíná na dobu před nástupem do domova pro seniory, kdy byla v nemocnici, kde se jí líbilo. Často mluví o svém rodišti- Jindřichově Hradci, blíže toto město popsat nedovede. V minulosti pravděpodobně cvičila, protože často mluví o tělocviku. K jiným vzpomínkám z minulosti se nevrací.

2. Jazyk a komunikace

Klientka může ztratit nit rozhovoru a vracet se k téže věci. Působí zmateně až nervózně. Často se ptá, jestli je správně tam, kde se nachází. Řeč proto může být nejistá a roztřesená. Řečenému rozumí. Ukáže na pojmenovaný předmět, cvičit na slovní pokyn obvykle neumí, na otázky často nezná odpověď, příp. odpoví jednoslovně a těžkopádně, někdy použije neexistující slovo- parafrázie. Někdy může být tato odpověď nesouvislá. Nejplynuleji hovoří v oblasti automatické řeči (básně, písně, přísloví). Spontánně mluví v jednoduchých větách. Emocionální projevy jsou zachovány.

Psaný jazyk: Klientka psanou instrukci provést neumí.

3. Pozornost: Vyjmenovat po sobě jdoucí měsíce dokáže, čísla pozpátku říci neumí. Při činnosti je spíše pasivní, zapojí se jen někdy. Přímá otázka ji znervózní, neumí na ni odpovědět. Z toho důvodů není zřejmé, do jaké míry udrží pozornost. Cvičí celou dobu aktivity (30 minut), následnému trénování paměti většinou přihlíží.

4. Abstrakce: Klientka rozumí jen konkrétním pojmům a přesným instrukcím.

5. Úsudek: Klientka problémy řešit neumí, potřebuje konkrétní jasnou pomoc, co má dělat při běžných denních činnostech (mytí, jídlo, doprovod na pokoj). Na otázku typu „co byste dělala, kdyby ...“ neumí odpovědět. Je třeba ji objasňovat jednoduché problémy a předcházet tím rozrušení klientky.

6. Vhled: Klientka si změny svých schopností neuvědomuje. Nehodnotí se realisticky. Pomoc přijímá s úlevou, že se o ní někdo postará (oddychne si, že ví, co má dělat, že ji někdo nenechá na chodbě apod.). Neví, v jakém bydlí zařízení ani proč zde je.

7. Vizuálně prostorové vnímání: Klientka neumí odhadnout vzdálenost ani směr. Geometrický tvar nenakreslí ani nesestaví. Neumí odhadnout polohu vlastního těla ve vztahu k okolním předmětům (pokud bychom ji nevarovali, mohla by se posadit do prázdného prostoru či na opěradlo židle). Ztrácí cestu, neví, kde je její pokoj. Stačují ukázat dveře a sama

si poté dojde. V případě, že špatně porozumí, zůstane stát na chodbě a působí roztřeseně. Nemá tendence k útěkům.

8. Výkonové funkce: Klientka neumí provést na povel složitější pohyby, jednoduché ano (např. zatleskat). Při cvičení na slovní pokyn vykonává často cviky jiné, napodobit tyto cviky dokáže bez potíží. S oblékáním má někdy problémy (při oblékání se stává zmatenou, neboť neví, jak je to správně), někdy potíže nemá.

C) ZÁVĚR

Klientka má onemocnění demence a s tím související potíže s orientací. Patrný je u ní pokles kognitivních schopností (zhoršení paměti, vizuálně motorického vnímání, úsudku, abstraktního myšlení apod.). Cílem péče je proto zachování co největší míry soběstačnosti, z hlediska podpory kognitivních schopností klientky je základem jejich rehabilitace.

Návrh pro podporu kognitivních schopností u klienta:

Je třeba minimalizovat rušivé faktory v prostředí klientky tak, aby měla co největší klid, nic ji nerozrušovalo a nezatěžovalo. Optimální je pravidelný strukturovaný režim dne bez neočekávaných událostí.

Základem je klidný, přátelský a trpělivý přístup ke klientce. Nespěchat na ni a předem ji konkrétně jednoduše vysvětlovat, co se bude dít. Jednotlivé úkony, které má vykonat, je třeba klientce říkat postupně, přesvědčit se, že nám rozumí a ví, co po ní chceme. Pokud nerozumí, jinými slovy zjednodušeně zopakujeme instrukci s názornou ukázkou. Pamatujeme na to, že krátkodobá paměť klientky je narušená, a proto ji sdělujeme jen to, co se týká přítomnosti a nejbližší budoucnosti, neptáme se na události nedávné doby. Naše verbální a neverbální komunikace musí být ve shodě.

U klientky bych doporučila především rehabilitaci kognitivních schopností, tedy udržení úrovně těchto schopností a minimalizace jejich poklesu. V rámci toho je třeba hledat nové možnosti podpory. Skupinové aktivity by bylo možné doplnit individuálními tréninky, které budou připraveny konkrétně pro klientky, aby ji neznervóznilo, že nezná odpověď, že neví, co po ní chceme apod. Náplní těchto cvičení mohou být běžné činnosti v rámci dne (mytí, oblékání, jídlo) nebo specializované tréninky kognitivních schopností (puzzle, pojmenování předmětů, jednoduché hry apod.).

Aktivizační pracovník by měl motivovat klientku v účasti na dopoledních a odpoledních skupinových aktivitách na patře a hledat další možnosti aktivizace (doprovodit klientku ven, nabídka koncertů), aby měla klientka dostatek sociálního kontaktu a zároveň aby ji tyto činnosti nerozrušovali. Důraz musí být kladen na bezpečné prostředí v jejím okolí.

Ke splnění těchto doporučení je nezbytná vzájemná spolupráce všech, kteří o klientku pečují.

5. KAZUISTIKA- KLIENT 5

Sociální služba- Domov se zvláštním režimem

A) ANAMNÉZA

Klientka, 89 let, žije v Domově pro seniory Zahradní Město od roku 2004. Adaptace na zařízení proběhla bez potíží. Klientka je umístěná v domově se zvláštním režimem.

Zdravotní stav: Klientka má syndrom demence- dle MMSE v pásmu středního stupně. Sama chodí po patře, dokáže vyjít a sejít schody. Na delší vzdálenosti je vhodnější vozík vzhledem k občasnému točení hlavy. Zrak a sluch je bez omezení, nepoužívá brýle ani jiné kompenzační pomůcky.

Orientace: Orientuje se částečně. Ví kdo je, jak se jmenuje, jaké bylo její zaměstnání, kdy se narodila. Poznává své příbuzné, ví, kdo je součástí oddělení a kdo ne. Neví, kde je, jaký je den, rok, měsíc, nepamatuje si své spolubydlící ani číslo pokoje, neví, kde nyní bydlí. Spontánně se posadí vedle některé své spolubydlící- ví, že je to známá osoba. Ostatní klienti ve skupině jsou pro ni osoby neznámé.

Životní události: Zaměstnáním byla dámská krejčovská a poté v archivu. Často na to vzpomíná.

Psychická a emocionální oblast : Klientka je obvykle klidná, optimistická, někdy neklidná až výbušná, především při vnějších rušivých podnětech (noční probuzení, spěch, křik). Bývá sebestředná a citlivá na to, pokud ji někdo nevěnuje pozornost a pokud není „po jejím“.

Komunikace: Komunikace je srozumitelná, iniciativní a spontánní. Sama začíná rozhovor, všechny spontánně zdraví. Opakuje stejné příhody z mládí. Ráda se zasměje, říká všelijaké průpovídky a krátké rýmy. Řekne to, co ji napadne, dění okolo sebe kriticky komentuje.

Rodina: Klientku navštěvuje jednou týdně syn a snacha

Sociální vztahy: Klientka je společenská- chodí po chodbě se svými spolubydlícími, s nimiž si obvykle dobře rozumí. Účastní se kulturních a aktivizačních programů. Je netrpělivá, komentuje chování a projevy ostatních, někdy na ně i slovně zaútočí (např. pokud zpívá jinou verzi sloky písničky, než má ona, pokud cvičí někdo jinak, než je řečeno). Může se i urazit (přestane činnost vykonávat). Následně na to brzy zapomene a zapojí se do aktivit.

Zájmy: Dříve ráda zpívala, cvičila (chodila do Sokola), jezdila na chalupu. Nyní zpívá, poslouchá ráda dechovku a chodí na cvičení. Tyto informace ze současnosti byly zjišťovány formou nabízení aktivit klientce.

Den v Domově pro seniory: Klientka se účastní dopoledních a odpoledních aktivit. Přes den chodí se svými spolubydlícími po chodbě a povídají si- obvykle komentují věci a lidi, které jsou v jejich blízkosti. Sama začíná rozhovor, všechny spontánně zdraví. Zbytek dne tráví na pokoji. Přes den nespí.

Trávení volného času- aktivity domova pro seniory, povídání s ostatními klienty, poslouchání písni

Účast na aktivitách Domova pro seniory: Klientka se účastní všech aktivit v zařízení, především na patře. Je třeba ji aktivitu připomenout a doprovodit ji na ni.

Klientka se účastní také trénování paměti. Ve skupině je aktivní, a to především, pokud se jedná o různé typy hrátek se slovy a písmeny. Často odpovídá rýmem, čímž ostatní rozesměje. Sleduje dění ve skupině a komentuje jej. Je třeba ji věnovat v průběhu programu dostatek pozornosti a dát pozor na rušivé faktory (hluk, průvan), které odvádí klientčinu pozornost.

Pro individuální podporu kognitivních schopností je dosud využíváno pouštění hudby na pokoji a zpívání, skládání puzzle a prohlížení obrázků.

B) KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1. Paměť

Klientka neuvádí vlastní potíže s pamětí.

Krátkodobá paměť je zhoršená. Nepamatuje si to, co se stalo před nedávnou dobou (co bylo k obědu, zda se koupala, na jaké aktivitě byla, co dělala, zda byl někdo na návštěvě). Tři předložené a poté zakryté předměty vyjmenovala poté, co je viděla, po pěti minutách si nevzpomněla na žádný z těchto předmětů.

Dlouhodobá paměť: Klientka opakuje některé události ze svého života opakovaně (čím byla, kde se narodila, které řeky protékají tím městem, kolik měla dětí). Pokud se jí zeptáme na něco jiného, odpověď nezná, obvykle řekne něco neurčitého, nepoužívá nesprávné nebo vymyšlené vyplnění mezer při vyprávění. Dříve mluvila plynule německy, nyní nejspíš opakuje věty zafixované, otázkám položeným v němčině nerozumí.

Vzpomínky- Klientka často ráda vzpomíná na Plzeň jako na místo, kde se narodila, na Sokol, a na své zaměstnání.

2. Jazyk a komunikace

Klientka snáze využívá automatickou řeč než řeč konverzační. Často používá při rozhovoru rýmy a opakuje stejné věty a stejné rýmy pravidelně v konkrétní situaci. Také dokáže bezchybně doplnit známé dětské básně, rčení a přísloví apod. Umí a vzpomíná si na mnoho lidových písní. Klientka používá někdy neologismy a parafazie (především při aktivitě- hrátky se slovy a písmeny, při které někdy použije buď zkomolené nebo neexistující slovo). Pokud rozhovor iniciuje, neologismy neužívá. Spontánně mluví plynule, pokud dostane konkrétní otázku, často neví, jak má odpovědět. V tom případě buď neodpovídá, nebo odpovídá neurčitě.

Emocionálně na situace reaguje obvykle adekvátně, někdy nepřiměřeně. Ráda se směje vtipu, který vyslovila ona. Humoru namířenému vůči ní nerozumí (také z důvodů zhoršené krátkodobé paměti) a snadno se urazí. Brzy na to zapomene a pokračuje v činnosti. Své emoce dává najevo neverbálně a někdy verbálně („tak to já nic neřeknu“).

Receptivní jazyk: Klientka dokázala pojmenovat předměty, které jsem jí ukázala (lžice, okno, tužka). Na otázku odpoví. Jednoduché pokyny dokáže předvést (obléci se, zvednout tužku, zamávat).

Psaný jazyk: Klientka dokáže předvést psanou instrukci („zavřete oči“).

3. Pozornost: Klientka dokáže udržet pozornost dostatečně dlouhou dobu, po kterou se konkrétní činnost koná. Tato činnost musí být dostatečně motivující, zábavná a nesmí být monotónní. Klientku ztratí snadno pozornost. Vyruší ji procházející lidé, ostatní klienti, hluk, bouchnutí dveří a každá nenadálá situace. Klientka je citlivá na hlučné podněty, kterých se vždy velice lekne.

Vyjmenovat po sobě jdoucí měsíce roku dopředu dokáže, pozpátku ne. Odčítat sedmičku od čísla 100 (93, 86, 79, 72, 65) odčítat neumí.

4. Abstrakce: Pokud se ptáme na věci, které nejsou konkrétní, příp. pokládáme-li otázku „co by se stalo, kdyby“ klientka obvykle nic neříká nebo odpoví bez logické souvislosti. To je patrné, pokud se ptáme po smyslu některých přísloví a rčení („Uhodil hřebík na hlavičku.“,

„Má brouka v hlavě.“ „Teče mu do bot.“ apod.), kdy klientka toto přísloví zkonkretizuje („Kladivem zatlouká hřebík“, „Má v hlavě nějakého brouka.“, „Má v botách vodu.“ apod.).

5. Úsudek: Klientka nedokáže předvídat důsledky toho, co dělá. Hlasitě komentuje situace, především negativně hodnotí okoljdoucí lidi a ostatní klienty. Někdy používá nevybíravé až hrubé výrazy. V tom případě nepatrně ztlumí hlas, aby to ten dotyčný neslyšel. Ve skupině situace posuzuje z hlediska své osoby, podívat se na to z pozice druhého člověka neumí. Pokud se dívá na obrázek s mimikou člověka, neumí určit, jak se ten člověk asi cítí. Na otázku „co kdyby“ odpovídá obvykle neadekvátně.

6. Vhled: Klientka si změny svých schopností a změny ve svém životě neuvědomuje. Pomoc přijímá bez potíží. Nemá ráda, když na ní někdo vyvíjí tlak. Nerozumí vysvětlování toho, proč by něco měla udělat, když nechce (vykoupat se, obléknout se, jíst) nebo naopak toho, proč nemá dělat to, co dělá (krmit holuby, házet věci z balkónu apod.).

7. Vizuálně prostorové vnímání: Klientka rozpozná pravou a levou ruku. Ze zápalek umí poskládat čtverec a trojúhelník. Obkreslit jej neumí. Vzdálenost odhaduje nesprávně (neumí odhadnout délku provázku), míčem do nádoby před ní se trefí bez potíží. Množství předmětů, na které se dívá a které nejdou vizuálně spočítat, odhadnout nedokáže (počet fazolí, hrášku, kaštanů apod.). Cestu na pokoj snadno ztratí, podle jmenovek na dveřích pak hledá místo, kde bydlí. Na toaletu trefí, poznává, kde jsou její věci, její postel apod.

8. Výkonové funkce: Klientka dokáže na povel provést základní motorické pohyby- zatnout ruku v pěst, zamávat, kroužit hlavou apod. Tyto pohyby umí napodobit. Složitější úkol zvládne (např. složí dopis, vsune jej do obálky a zalepí). Sama si oblékne vhodný oděv, vyčistí si zuby, ustele si apod.

C) ZÁVĚR

Klientka má syndrom demence, který je provázen poklesem kognitivních schopností. Především je postižena krátkodobá paměť, s čímž souvisí také potíže s orientací klientky. Tyto změny schopností si klientka neuvědomuje. Má smysl pro humor. Je snadno rozrušitelná, na události pohlíží ze svého hlediska. Chodí na aktivity Domova, které jsou na jejím patře.

Návrh pro podporu kognitivních schopností u klienta: Především je třeba respektovat základní pravidla přístupu ke klientovi s demencí. Zdůraznila bych nutnost dávat jednoduché instrukce, vše vysvětlovat, nic nevymlouvat, že jsme to už řekli, udělali, nedohadovat se s ní. Důležité je zajistit pro klientku klidné bezpečné prostředí, v němž bude možné využít prostředky pro kognitivní rehabilitaci klientky. Pokud jsme v kontaktu s klientkou neměli bychom dělat nenadálý hluk, příp. ji na zvuk vždy upozornit. Je třeba dívat se klientce do očí, když s ní mluvíme.

Pro kognitivní rehabilitaci klientky doporučuji pokračovat v motivaci a doprovodu klientky na skupinové programy, které pro ní budou zajímavé (koncerty, kde si klientka zazpívá a všechny programy na patře s možným vynecháním aktivit, jež jsou více teoreticky zaměřené a formou přednášek). Kromě toho je vhodné rozšiřovat nabídku tréninku kognitivních schopností v rámci individuální práce s klientem. Jedná se například o zavedení reminiscence jak skupinové, tak individuální s důrazem na témata, na něž klientka sama vzpomíná. Kromě reminiscence jsou další možnosti různé puzzle, stolní hry, počítání, povídání tak, aby to bylo pro klientky motivující. Kromě těchto navozených činností je dobré najít takové možnosti v zařízení, aby klientka mohla vykonávat běžné domácí činnosti (stlaní, pomoc při skupinovém vaření, jednoduché šití s pomocí personálu apod.). Samozřejmostí je podpora co největší míry soběstačnosti a samostatnosti klientky (nedělat úkony za klientky, ale pomáhat jen tam, kde to je potřeba i přes větší časovou náročnost).

To vše by mohlo pomoci co nejdéle udržet dosud zachované kognitivní schopnosti klientky.

6. KAZUISTIKA- KLIENT 6

Sociální služba- Domov se zvláštním režimem

A) ANAMNÉZA

Klient, 77 let, žije v Domově pro seniory Zahradní Město od roku 2004.

Zdravotní stav: Klient nemá od kolene dolů pravou nohu. Prodělal cévní mozkovou příhodu a má potíže s pohyblivostí levé dolní a pravé horní končetiny. Obsluhuje se levou rukou, kterou dobře pohybuje. Sám se posadí na lůžku, na vozík nechce. Celý den tak tráví na lůžku. Na bolesti si nestěžuje. Zrak a sluch má bez omezení. Výrazné jsou potíže řeči. Klient trpí motorickou afázií (rozumí, o čem se mluví, nedokáže však vyslovit to, co by říci chtěl).

Orientace: Klient je orientován. Ví, jak se jmenuje, kde leží, poznává personál. Rád se dozvídá něco nového, poslouchá rádio. Při rozhovoru dává neverbálně najevo, že tuto informaci již slyšel. Vzhledem k poruše řeči je obtížné zjistit, do jaké míry je orientovaný.

Životní události: Pochází z Kladna.

Psychická a emocionální oblast: Je přátelský, otevřený komunikaci. Rozruší se, když mu někdo nerozumí. Potom mává rukou a další komunikaci někdy vzdává. Při citlivějším tématu (např. rodina, jarní příroda apod.) se dojíká a má blízko k pláči.

Komunikace: Klientova řeč je nesrozumitelná, porušená je vyjadřovací schopnost a artikulace. Z toho důvodu komunikuje především neverbálně (co nemůže říct slovy, o to víc to vyjadřuje neverbálně – radost, nadšení, když se mu něco líbí). Rozumí bez větších problémů. Je třeba mluvit zřetelně a pomalu. Komunikace je konstruktivní. Klient je velmi rád, když si s ním ostatní lidé popovídají. Při rozhovoru nechává mluvit ostatní, je dobré ho motivovat ke komunikaci. Tento rozhovor je třeba klientovi přizpůsobit.

Pravidelně za ním dochází logoped (dle vyjádření klienta jednou za 14 dnů). Klient je pyšný na své pokroky, slova dokáže zopakovat a při dopomoci některá spontánně říci.

Rodina: Na návštěvu chodí manželka a dva synové, kteří mu vše zařídí.

Sociální vztahy: Je velmi rád za návštěvu, kterou vítá již ve dveřích. Trápí ho, že je mu špatně rozumět. Obvykle je otevřený a veselý. Při komunikaci s ním je někdy těžké pochopit, co chce sdělit. Mezi ostatní obyvatele příliš nechce, z pokoje se prakticky ven nedostane. O vyjížďku mimo pokoj nemá zájem.

Zájmy: Dříve rád četl knihy, nyní poslouchá rádio, čte noviny, prohlíží si fotografie, dívá se na filmy na notebooku

Den v Domově pro seniory: Celý den sedí nebo proleží na posteli. Několikrát denně poslouchá Radiožurnál, čte noviny, sleduje filmy. Zajímá se o dění kolem.

Účast na aktivitách Domova pro seniory, především na tréninku paměti: Klient se aktivit Domova pro seniory neúčastní. Při individuálních aktivitách probíhá trénování paměti v rámci procvičování řeči.

B) KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1. Paměť

Vzhledem ke potížím s komunikací je obtížné zjistit, do jaké míry jsou zachovány paměťové funkce a jaký má klient vlastní postoj k paměti. Klient se skupinových tréninků neúčastní, aktivizační pracovník s ním trénuje kognitivní schopnosti individuálně prostřednictvím různých materiálů, předepsaných úkolů v jednoduché formě (trénování především sémantické paměti). Vzhledem k obtížnému vyjadřování nedokáže klient samostatně vyslovit správnou odpověď. Je třeba, aby pracovník, který s klientem pracuje částečně věděl, co chce klient říci. Nové techniky zavádíme proto pozvolna a opakovaně.

Krátkodobá paměť: Klientovi byly vyjmenovány tři předměty- lopata, šátek, váza. Zopakovat je z důvodů poruchy komunikace nedokázal. Po pěti minutách mezi 20 napsanými slovy našel dva předměty ze tří. Pamatuje si, kdo u něj byl v poslední době na návštěvě, na jaký den a hodinu jsme si domluvili aktivitu, jaké filmy již viděl, kolik stojí věci, které chce koupit. Z toho důvodu usuzuji, že nemá výrazné změny krátkodobé paměti.

Dlouhodobá paměť- Klient dokáže doplnit píseň, přísloví, báseň spontánně, u otázek, jejichž odpovědi nejsou zautomatizovány, potřebuje pomoci první slabikou (z toho důvodu, aby dokázal odpověď slovně artikulovat), na jednoduché otázky (na téma zvířat, květin, filmů, sportů) viditelně zná odpověď.

Vzpomínky- Vzpomínky jsou zachovány. Klient rád vzpomíná na mládí, na místo, odkud pochází, na to, co rád dělal. Vzhledem k nemoci je obtížné s ním na toto téma vést dialog, neboť jej rozruší, pokud mu někdo nerozumí.

2. Jazyk a komunikace

Řeč je obvykle nesrozumitelná. Klient komunikuje především neverbálně, má velice bohatou mimiku a výraznou gestikulaci. Klient má poruchu komunikace- Brocovu (receptivní) afázii (rozumí řečenému, nedokáže však říci, co potřebuje). Spontánně umí

zazpívat píseň, jejíž slova má napsaná před sebou, přečíst báseň, doplnit známé přísloví. Dokáže vyjádřit, jak se cítí (bolest, radost, únava, nemoc), ukázat na pojmenovaný předmět, odpovědět (neverbálně) ano/ne, vykonat jednoduchou instrukci, kterou po něm chceme. Při rozhovoru je třeba, aby klient viděl na hovořícího. Pokud chce říci něco jiného, než pracovník očekává, je mu velice těžko rozumět (klient ví, co chce říci, ale vysloví buď nějaké zautomatizované slovo, nebo shluk slabik, která nedávají smysl). Klient si to uvědomuje, a proto jej velice rozruší, pokud mu pracovník nerozumí. Jeho verbální a také neverbální komunikace je pak ještě více nejasná a hůře srozumitelná.

Klient psát odmítá (buď z důvodů hemiparézy na pravé straně těla, a nemožnosti psát levou rukou, nebo z toho důvodu, že neposkládá slova, nebo se mu nechce). Psanému textu rozumí, čte časopisy, psanou instrukci („zavřete oči“) bez potíží vykoná. Při trénování řeči dokáže číst slova a jednoduché věty nahlas, jen potřebuje obvykle drobnou pomoc od pracovníka (naznačení ústy, první písmeno a slabiku čteného slova).

Aktivizační pracovník s klientem trénuje řeč dvakrát týdně spolu s trénováním paměti. Tyto tréninky probíhají cca 20 minut a využívají se při nich různé pomůcky (logopedická cvičení, obrázky, skládání slabik a písmen do slov, slov do vět, skloňování slov, trénování pomocí různých slovních úkolů, písničky apod.).

3. Pozornost: Klient udrží pozornost po dostatečně dlouhou dobu, vydrží sledovat dvouhodinový film, při trénincích se dokáže soustředit celou dobu cvičení. Měsíce vyjmenovat dopředu dokáže, pozpátku ne, není to však z důvodů poruchy pozornosti.

4. Abstrakce: Klient pojmům, které nejsou v realitě přítomny, rozumí. Umí si některé věci/příběhy představit. Při skládání slabik (písmen) do slov si nejprve dává slabiky (písmena) vedle sebe, přečíst je a poté zjistí, zda toto spojení dává nebo nedává smysl. Očima je spojit neumí.

5. Úsudek: Klientovi nebyly otázky typu „Co byste dělal, kdyby...“ položeny z důvodů poruchy řeči. Jednoduché problémy dokáže řešit. Nemá rád zamítavé odpovědi a je obtížné mu vysvětlit, že např. nemůže mít film puštěný každý den, protože se chtějí dívat i ostatní. Také nemá rád, pokud někdo udělá něco jiného, než on chce (často se to týká drobností). V tomhle případě dává najevo, že se zlobí.

6. Vhled: Klient vyjadřuje smutek nad svým zdravotním stavem, vyjadřuje bezmoc, že se nedá nic dělat. Mluvit o tom nechce, vždy mávne rukou, je plačtivý a vyjadřuje smutek. Z toho důvodu usuzuji, že hodnotí realisticky, domov pro seniory chápe jako nutnost, kdy mu nezbyvá nic jiného. Pomoc přijímá bez potíží.

7. Vizuálně prostorové vnímání: Klient rozlišuje pravou a levou stranu. Čtverec ze zápalek udělat dokáže. Vzhledem k tomu, že tráví den na lůžku a nemá zájem kreslit, nebylo možné zjistit úroveň vizuálně prostorového vnímání.

8. Výkonové funkce: Klient dokáže na pokyn zatnout pěst, udělat složitější úkon (např. složit papír, položit jej na zem), motorické pohyby umí napodobit, obléknout se dokáže do té míry, jak umožňuje jeho zdravotní stav.

C) ZÁVĚR

Klient je orientovaný, jeho kognitivní schopnosti nejsou výrazně zhoršeny (paměť, pozornost, myšlení, vnímání). Má poruchu komunikace, onemocnění afázie. Rozumí, ale nedokáže verbálně komunikovat. To u něj vede k depresivnímu ladění a zlosti, pokud mu pracovník nerozumí.

Návrh pro podporu kognitivních schopností u klienta: Domnívám se, že je důležité pokračovat v pravidelném nácviku řeči s klientem za spolupráce logopeda a tréninky strukturovat tak, aby pracovník i klient viděli pokroky a mezery. Aktivizační pracovník by měl využívat mnoha možností a materiálů pro tréninky řeči, hledat nová cvičení dle potřeb klienta a vypracovat plán pravidelných setkání. Kromě toho je potřeba poskytnout klientovi další podněty a možnosti podpory kognitivních schopností: trénovat paměť a hledat další témata pro komunikace, podpořit klienta ve vzpomínání, pouštět klientovi filmy, prohlížet a popisovat různé obrázky, příp. promítání.

7. KAZUISTIKA- KLIENT 7

Sociální služba- Domov se zvláštním režimem

A) ANAMNÉZA

Klientka, 93 let, žije v Domově pro seniory Zahradní Město od září roku 2006.

Zdravotní stav: Klientka si nedokáže předsednout na vozík a celý den tráví na lůžku. Stěžuje na velké bolesti v nohách a na žaludeční obtíže (má cukrovku, ale ráda sladké). Celý den leží, na lůžku se neobráť. Potřebuje celkovou péči. Nedoslýchá na levé ucho, pro porozumění stačí zřetelně vyslovovat. Má diagnostikované onemocnění demence.

Orientace: Klientka má s orientací potíže (neví kde je, jaký je den)- nejen z důvodů demence, ale také protože celý den leží na lůžku a mimo pokoj se nyní z důvodů bolestí nohou prakticky nedostane. Poznává lidi ve svém okolí, jejich jména nezná. Uvědomuje si zhoršení svého zdravotního stavu.

Životní události: Zaměstnáním byla dámská krejčová a poté vedoucí oddělení prodeje pomníků. Velkou zátěží pro ni byl přestup do zařízení a poté zhoršení jejího zdravotního stavu.

Rodina: Neteř se velmi dobře stará o svoji tetu, navštěvuje ji, vše pro ni zařizuje, nakupuje ji apod.

Psychická a emocionální oblast: Klientka je smutná ze zhoršení zdravotního stavu, především si stěžuje na bolesti v nohách. Ptá se, jak to s ní vypadá a má pocit, že se s tím nic nedělá. Říká, že to je hrozný, jak musí ležet. Při návštěvě bývá plačtivá. Často se ptá, co má dělat. Cítí bezmoc, že nemůže nic dělat. Má velkou vůli. Říká, že se to musí vydržet.

Komunikace: Klientka byla dříve společenská, aktivní. Od té doby, co tráví celý den na lůžku na pokoji, si nemá s kým promluvit. Má ráda kontakt s lidmi, je velice vděčná, když si s ní někdo popovídá. Komunikaci sama iniciuje. Řeč má klidnou, hlas přiměřený, ráda se zasměje.

Sociální vztahy: Paní V. je komunikativní, přátelská, chce si najít přátele, ráda se seznamuje s novými lidmi. Ráda si povídá, je vděčná za pomoc, pozitivní. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se mimo pokoj do skupiny nedostane. Problémem je zúžený sociální kontakt z důvodu zdravotního stavu klientky.

Zájmy: Dříve pletla, háčkovala, šila, ráda zpívala, nyní neví, co má dělat, na pokoji ji nic nebaví. Bolesti v nohách a celodenní ležení způsobilo, že nemá zájem o nic. Je ráda za popovídání a pohlázení.

Den v Domově pro seniory: Přes den obvykle pospává, mimo pokoj se nedostane. Je ráda za sociální kontakt.

Účast na aktivitách Domova pro seniory, především na tréninku paměti: Klientka se mimo pokoj nedostane, aktivity nenavštěvuje. Individuální aktivizace probíhá prostřednictvím poslechu písní, petterapií, povídáním. Klientka dlouho neudrží pozornost.

B) KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1. Paměť

U klientky je patrné zhoršení paměťových funkcí. To je dáno nejen onemocněním, ale také zdravotním stavem, kvůli kterému má klientka nedostatek sociálního kontaktu. Říká, že se jí v hlavě „všechno plete“. Na zhoršenou paměť si nestěžuje. Klientka navštěvovala skupinové tréninky s pamětí, po zhoršení zdravotního stavu se nedostane mimo pokoj. O individuální trénování zatím nemá zájem.

Krátkodobá paměť: Klientka má zhoršenou krátkodobou paměť, neví, kde je, jaký je den, nepamatuje si, co bylo k obědu, kdy u ní byl někdo na návštěvě. Ví v jaké je zemi, jaké je její jméno, kolik je jí let, a kdy se narodila. Pozná svou neteř. Pracovníkům oddělení říká „sestřičko“ a všechny vítá. Není zřejmé, zda je poznává. Jména si nepamatuje. Zopakuje tři slova vzápětí, co je slyšela, po pěti minutách si na tato slova nevzpomene. Co bylo k obědu si nepamatuje, při položení této otázky odpoví nesprávně. Některé informace si pamatuje- např., že neteř odjela na dovolenou, a proto nemůže přijít, nebo co jí řekl lékař. Často si tyto informace pamatuje nepřesně, mezery si spontánně doplňuje, domýšlí si katastrofické scénáře (neteř se nevrátí z ciziny, musí do nemocnice apod.), a je poté velice rozrušená a plačtivá.

Dlouhodobá paměť- Pamatuje si slova písní a dokáže doplnit známá přísloví. Pamatuje si některé vědomosti (jaké je hlavní město ČR, jak se jmenují známé osobnosti apod.).

Vzpomínky: Ke vzpomínkám nevrací. Opakovaně hovoří o své neteři a jejích dětech.

2. Jazyk a komunikace

Klientka mluví srozumitelně, někdy použije neologismy a nesouvisle poskládaná slova. Na otázky odpovídá méně souvisle než při spontánní řeči, která je plynulejší.

Jazyková funkce- Klientka rozumí jednoduchým pokynům a tomu, co je řečeno. Je třeba mluvit dostatečně nahlas, srozumitelně v jednoduchých větách. Klientka dokáže vybrat pojmenovaný předmět z nabídky předmětů, umí pojmenovat běžné předměty.

Komunikace- Ráda si popovídá, někdy přeskakuje z myšlenky na myšlenku bez souvislosti. Nejčastěji mluví o své neteři a o zhoršení svého zdravotního stavu. Emocionální projevy jsou u klientky zachovány. Bývá plačtivá a lítostivá, vyjadřuje smutek nad tím, že nemůže odejít z pokoje.

Psaný jazyk- Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nedokáže psát ani přečíst napsaný text.

3. Pozornost : U klientky je snadné vzbudit pozornost, dokáže se určitou dobu soustředit. Je brzy unavitelná, proto je třeba, aby kontakt netrval příliš dlouhou dobu. V současné době přes den často spí. Měsíce po sobě vyjmenovat umí, říci čísla pozpátku ani odčítat nedokáže.

4. Abstrakce: Klientka rozumí jednoduchým vyjádření, i přestože neodráží konkrétní realitu nyní přítomnou. Je třeba používat méně složité pojmy.

5. Úsudek: Klientka nezná odpověď na otázky typu „Co byste dělala, kdyby...“. Problémy ji velice zatěžují, neví, jak je řešit. Stresovým faktorem pro ni jsou problémy její neteře, které ji vždy velice rozruší.

6. Vhled: Klientka ví, že se její zdravotní stav zhoršil, zařízení domova pro seniory popisuje jako nemocnici, v níž musí být. Za pomoc je velice vděčná.

7. Vizuálně prostorové vnímání: Klientka tráví celý den na lůžku, proto je obtížně zjištělné do jaké míry je orientovaná v prostoru. Počet ani délku odhadnout neumí. Vzhledem ke zdravotnímu stavu nekopíruje geometrický obrazec. Levou a pravou stranu nerozliší, má potíže s orientací těla (rozlišení stran- dopředu/dozadu/doleva/doprava).

8. Výkonové funkce : Klientka dokáže provést jednoduché motorické pohyby na povel, příp. tyto pohyby napodobit- dát ruku v pěst, zatleskat. Není možné zjistit, zda má potíže

s oblékáním, či složitějšími motorickými pohyby vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu.

C) ZÁVĚR

Klienta je částečně orientovaná, komunikativní. Z hlediska kognitivních schopností je patrné zhoršení (paměti, myšlení, pozornosti). Podpora těchto schopností by proto měla být ve smyslu rehabilitace. Vzhledem k tomu, že klientka tráví den na lůžku, je rizikem nedostatek podnětů, který může vést až k podnětové deprivaci.

Návrh pro podporu kognitivních schopností u klienta:

Kognitivní schopnosti u klientky by bylo možné podpořit snahou o co největší míru zachování soběstačnosti klientky (samostatně se na lůžku umýt, aktivně se oblékat apod.) a umožněním výběru všeho, co je reálné (výběr oblečení, polohy těla, jídla) tak, aby klientka mohla ovlivnit svůj život.

Pro prevenci podnětové deprivace považuji za důležité, aby byla klientce věnována dostatečná pozornost. Individuální aktivity by měli proběhnout co nejčastěji, nejlépe každý den na krátkou dobu (10 min) a být vyplněné povídáním, zpíváním a stimulací smyslů (pohlazení, vůně, chuť- sladkosti po kouskách...). Aktivizační pracovník by mohl zkoušet různé jednoduché možnosti nácviku paměti dle zájmu klientky. Vhodné by bylo využití metody bazální stimulace, kterou bych u klientky doporučovala. Vhodný by mohla být pomůcka pro ohraničení těla (určení hranic těla) a dotyková stimulace. K tomu je třeba spolupráce všech, kteří o klienta pečují.

Důležitý je pravidelný režim dne a snaha zajistit pocit bezpečí. S tím souvisí klidné nekonfliktní prostředí, optimální přístup personálu a nezatěžování klientky starostmi, které se jí přímo netýkají. Podmínkou je spolupráce s její neteří. Dále vidím jako podstatné, aby personál mluvil na klientku přímo, konkrétně, v jednoduchých pochopitelných větách a respektoval pravidla přístupu ke klientům s demencí.

Vhodný by byl sociální kontakt několikrát denně na krátkou chvíli, při kterém by klientka věděla, že pracovník přišel konkrétně za ní (s ní si popovídat, zazpívat, jí pohladit, usmát na ní apod.).

8. KAZUISTIKA- KLIENT 8

Sociální služba- Domov se zvláštním režimem

A) ANAMNÉZA

Klientka, 91 let, žije v Domově pro seniory od ledna roku 2006.

Zdravotní stav: Klientka má onemocnění demence. Chodí samostatně bez využívání kompenzačních pomůcek. Mimo patro je třeba ji doprovodit kvůli orientaci. Občas se ji točí hlava. Nosí brýle na blízko, slyší dobře.

Orientace: Klientka je částečně dezorientovaná. Neví kolikátého je, jaký je den, rok, nezná číslo svého pokoje (podle jmenovek na pokoj treří). Poznává děti (vnoučata spíše ne); má špatnou krátkodobou paměť– nepamatuje si události, spolubydlící na pokoji (jaké jsou, jaký k nim má vztah).

Životní události: Nechce moc vzpomínat, rozrušuje ji to, zaměstnáním byla pomocná dělnice. Líbilo se jí tam.

Rodina: Vše jí zařizuje dcera, která chodí často na návštěvu. Za klientkou dochází také vnuk a vnučka.

Psychická a emocionální oblast: Klientka je obvykle klidná a přátelská (např. dobrý vztah ke svým spolubydlícím, personálu). Má smysl pro humor. Někdy bývá uzavřená a stahuje se do ústraní pokoje, kde to zná. Neznámé prostředí ji znervózňuje. Umí být mrzutá, podrážděná až plačtivá. Při rozrušení (spolubydlícími, personálem) má tendenci k agresí.

Komunikace: Komunikace je srozumitelná. Je nutno ji klientce přizpůsobit (špatná krátkodobá paměť, dezorientace) a mluvit přímo k ní, dívat se na ni, aby informaci porozuměla. Občas používá neslušné výrazy, komentuje události v přítomnosti, ostatní lidi v okolí, jejich chování. Ráda vtipkuje, směje se. Řeč je klidná, hlas přiměřený.

Sociální vztahy: V sociálním kontaktu je přátelská, podporující a pomáhající (např. vyjadřuje podporu), někdy útočná, mrzutá a negativistická (pokud ji někdo do něčeho nutí nebo nechápe, proč by něco měla dělat). Klientka si rozumí s ostatními spolubydlícími na pokoji, chodí s nimi po patře, hodnotí a popisuje, co vidí okolo sebe. Skupinové programy příliš nevyhledává, „neví, co by tam dělala“, účastní se především dopoledních aktivit a zpívání na patře. Na koncert jde v případě, že jdou její spolubydlící. Potřebuje dohled, protože brzy odtamtud odchází.

Zájmy: Dříve zahradničila, sledovala televizi, nyní žádný zájem nemá, „*přestalo ji všechno bavit*“, ráda zpívá.

Den v Domově pro seniory: Den tráví obvykle na pokoji, příp. procházením se po patře, kde to je pro ni známé prostředí. Dopoledne a někdy odpoledne dochází na aktivity zařízení na patře.

Účast na aktivitách Domova pro seniory: Účastní se dopoledních a někdy odpoledních (zpívání, promítání) programů. Někdy „*nechce nic, nemá žádný zájem*“. Jde pokud jdou ostatní spolubydlíci. Je třeba ji dostatečně motivovat a říkat, že se může jen dívat a nemusí nic dělat.

B) KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1. Paměť

Klientka má špatnou krátkodobou paměť, tyto potíže si neuvědomuje. Tréninků s pamětí se účastní jako pasivní pozorovatel, do diskuse se nezapojuje. K individuální práci je třeba ji motivovat, brzy ztrácí zájem.

Krátkodobá paměť je zhoršená. Po vyjmenování tří předmětů je zopakovat neuměla (není zřejmé, zda z důvodů špatné paměti nebo nepochopením instrukce). Klientka si nevzpomíná na události nedávné doby (neví, co měla k obědu, jaké se účastnila aktivity, kdo za ní byl na návštěvě). Důležitá je pro ni přítomnost, popisuje to, co vidí kolem sebe.

Dlouhodobá paměť: Klientka na otázky obvykle neodpoví, odpoví jednoslovně nebo nesprávně. Pamatuje si slova písní a známých pořekadel či básní.

Vzpomínky: Nevzpomíná si na události z dávné minulosti, o minulosti nemluví.

2. Jazyk a komunikace

Klientka si povídá především se svými spolubydlíci, komentuje situace kolem sebe, může být netaktní a používat nevybíravé až neslušné výrazy. Mluví srozumitelně, v případě spontánního řeči plynule. Často opakuje stejné věty. Při otázce obvykle odpoví záporně, příp. neví, jak má odpovědět, nebo řekne něco, co s otázkou nesouvisí. Objevují se konfabulace. Někdy větu nedokončí, smysl věty může být zmatený.

Klientka rozumí tomu, co je řečeno, pravděpodobně částečně. Je třeba mluvit konkrétně v jednoduchých větách, dávat jasné instrukce. Pojmenovat běžné předměty dokáže,

také předměty vybrat z nabídky, stejně jako provést jednoduchý (zatleskat) i psaný („zavřete oči“) příkaz. Opakovat několik slov („žádná kdyby nebo ale“) neumí. Složitější příkaz (přeložit papír a dát ho na zem) vykonat nedokáže (nejspíš nerozumí, co po ní chceme). Emocionální projevy jsou zachovány. Může být výbušná a náladová.

3. Pozornost: Pozornost klientky je snadné získat, pokud mluvíme přímo k ní. Soustředit se je schopná krátkou dobu, je lehce vyrušitelná vnějšími faktory (někdo do pokoje přijde/někdo jde po chodbě, bouchnou dveře, rozsvítí se světlo). Tyto nové situace poté komentuje a zapomene na předchozí činnost. Obtížnější je proto udržet klientčinu pozornost. Měsíce po sobě vyjmenovat neumí, počítat dokáže dopředu, pozpátku čísla neřekne.

4. Abstrakce: Klientka nerozumí pojmům, které neodráží konkrétní realitu.

5. Úsudek: Klientka nedokáže předvídat důsledky svých činů. Patrné to je především v sociálních situacích, kdy nahlas komentuje ostatní lidi (personál, klienty) kolem a jejich chování (říká to svým spolubydlícím). Řekne vše, co vidí a co má na jazyku. Používá při tom neslušné a výrazy. Důsledky toho předvídat neumí. Řešit jednoduché problémy nedokáže.

6. Vhled: Klientka si změny svých schopností neuvědomuje, nehodnotí se realisticky, jsou u ní časté konfabulace, pomoc přijímá obvykle bez problémů. Někdy se ji něco dělat nechce (mýt, jíst, obléknout se) a bývá podrážděná

7. Vizuálně prostorové vnímání: Klientka vzdálenost a směr odhaduje nesprávně, levou a pravou stranu pozná. Neví, jaký má pokoj, pokud má dostatek času, trefí na něj podle jmenovek na dveřích. Na patře se orientuje, chodí po chodbě bez potíží, je to pro ní bezpečný prostor. Mimo patro se ztrácí a chce se brzy vrátit zpátky (na koncertech v jídelně vstává ze židle a odchází, zpět na pokoj netrefí). Okopírovat či sestavit geometrický tvar neumí.

8. Výkonové funkce: Klientka umí na povel provést jednoduché pokyny, při cvičení úkony napodobuje, na slovní pokyn spíše necvičí. Obléknout se někdy umí, někdy ne, podle toho, jak se cítí (někdy neví, kam která část oděvu patří).

C) ZÁVĚR

Klientka má onemocnění demence. Výrazné jsou u ní potíže s orientací, krátkodobou pamětí a změny v sociální oblasti (výbušnost, netaktnost, egocentrismus).

Návrh pro podporu kognitivních schopností u klienta: Pro podporu kognitivních schopností je vhodné pokračovat v aktivizaci klientky. Aktivizační pracovník by měl využívat především technik činností na pokoji, kde se klientka cítí bezpečně- poslech hudby, vhodné techniky kognitivní rehabilitace (pomocí kalendáře- orientace časem, hry kladoucí nároky na paměť, puzzle, hrátky s pamětí, jednoduché otázky). Trénovat paměť lze jednoduchými pokyny a to, co chceme, aby si zapamatovala, je třeba opakovat trpělivě tak, aby se jí informace dostala do dlouhodobé paměti a zafixovala. Zároveň je důležité motivovat klientku k ostatním aktivitám Domova, především v účasti na skupinových aktivitách na patře (hlavně dopolední aktivity a zpívání), příp. mimo patro na koncertech (lidové písně), přičemž je třeba být s klientkou celou dobu aktivity. Důležité je předcházet faux pas a problémům v sociální oblasti (např. vhodným posazením klientky ve skupině a optimálním přístupem). Pracovník musí nechat klientce prostor pro její vlastní rozhodnutí, aby si sama určila, kam jít chce.

Důležitá je podpora klientky na pokoji, vytváření pocitu bezpečí, snaha o co největší soběstačnost a podpora klientky ve využívání zachovalých schopností a dovedností. Kromě toho by se mohla postupně rozšiřovat místa, kde se cítí bezpečně- pokoj, chodba, později terasa, budova, zahrada- a tím by zde i samostatně chodila.

Personál by měl být trpělivý, nenutit klientku k činnostem, které ona odmítá (nejde do konfrontačních stylů a raději chvíli počká), nevyvracet výroky klientky a respektovat její potřeby. Vždy je třeba se přesvědčit, zda klientka rozumí, mluvit konkrétně k ní, jednoduše a zřetelně, všechny činnosti vysvětlovat a popisovat. Pokud nerozumí, použijeme jednodušší vyjádření, názornou ukázkou, jiný typ vysvětlení apod. Informaci, která není nezbytná případně vynecháme a nesnažíme se jí za každou cenu vysvětlit. Nespoléháme se na paměť klientky, neptáme se na otázky z minulosti, které by ji přivedli do rozpaků. Zbytečně klientku nezatěžujeme informacemi, které si nedokáže zapamatovat.

Vzhledem k problémům v komunikaci je nutné připomínat cíl aktivity/činnosti a zajistit prostředí, kde nebude vyrušována.

K tomu všemu je nezbytná spolupráce všech pečovatelů a přístup ke klientce podle zásad komunikace s lidmi s onemocněním demence.

Příloha č. 9 Praktické příklady aktivity „hrátky s pamětí“ v Domově pro seniory Zahradní Město

Aktivizační pracovníci Domova pro seniory Zahradní Město získávají podklady z následujících publikací:

CHENUET, G., et al. *Jak si zlepšit paměť*. 1. vyd. Praha: Readers Digest Výběr, 2005. 352 s. ISBN 80-86196-96-8.

SUCHÁ, Jitka. *Cvičení paměti pro každý věk*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 175 s. ISBN 978-80-7367-199-0.

SUCHÁ, Jitka. *Trénink paměti pro každý věk*. [s.l.] : Portál, 2007. 201 s. ISBN 978-80-7367-438-0.

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.

STENGEL, F. *Veselé hrátky s pamětí*. Hedwig Ladner: Stuttgart, 1996. ISBN 3-929317-61-3
Junior kvíz. Junior: Praha, ISBN 80-7267-041-7

Praktické příklady hrátek s pamětí:

Smyslové vnímání: čich- bylinkové pytlíčky, hmat- poznat předměty podle hmatu, chuť- rozeznat chuť některých jídel, sluch- rozeznání jednotlivých zvuků přehrávaných na CD, zrak- optické klamy, zraková cvičení, nedokončené obrázky, cesta z bludiště, najít rozdíl, stejné předměty, poznání objektů znázorněných v obrazech

Krátkodobá paměť

- kimova hra, hra- nakupování a poté zopakování, co jsme dali do košíku
- otázky na události předchozího dne/víkendu, opakování, toho, co jsme dnes dělali, co jsme řekli, co bylo a bude k obědu
- hra- vytvoření imaginární osoby a poté zopakování jejího profilu
- zapamatování některých slov, informací apod.

Paměť dlouhodobá

Paměť deklarativní

- vědomosti- mnoho otázek a testů na znalosti a vědomosti (poznávání zvířat, letopočty, zkratky, hlavní města, hrady a zámky, poznávání měst, památek a další zeměpisné testy, znalosti o filmech, osobnostech, hudbě, literatuře, zdraví, přírodě apod.
- slova- slova obsahující/začínající/končící na určitou slabiku/písmeno, najít slova opačného/stejného významu (dobrý- špatný/správný), určit slova podřazená/nadřazená, vyřadit pojem, který mezi ostatní nepatří, najít, co nejvíce významů určitých slov (oko, hlava, koruna), jak se řekne jinak určité slovo, najít slovo s určitým počtem písmen/slabik
- různé úkoly na gramatická cvičení (velké/malé písmeno, i/y, s/z)
- reminiscence (dotazy na minulost, povídání, vzpomínání, povídání si o tom, jak to bylo dříve, jak se slavili svátky, jak se dělali různé domácí práce apod.)

Paměť nedeklarativní

- procvičování některých motorických dovedností
- doplnit přísloví, známé rčení, pranostiky, doplnění slov písní, básní, přirovnání, doplnit dvojici, vymyslet větu, jejíž slova začínají na určitá písmena, najít rýmy ke slovům, rozházená písmena, vynechaná písmena

Myšlení a představivost

- co to znamená, když se řekne ... („vzal nohy na ramena“, apod.)
- křížovky, hádanky, slova skrytá ve větě, poznání věci prostřednictvím otázek ano/ne
- určování pocitů obličeje na obrázku
- co připomínají různá slova, spojování slov podle nějakého vztahu (Pardubický ... perník)
- doplnit slova podle podobných vztahů (Praha a ČR jako Paříž a ... Francie)
- co by se stalo, kdybychom ... (vyhráli milion, ztroskotali na pustém ostrově)
- odhad množství/vzdálenosti/času

Orientace- kolikátého je, jaký je den, měsíc, rok, hodina, kde jsme, kolik je tu pater, kde je obchod/terasa, zahrada a další otázky týkající se orientace klientů

Verbální funkce

- povídání, vyprávění příběhů, jazykolamy
- vysvětlit, jak se liší významy podobně znějících slov (plod/plot)

Souhlas k půjčování DP:

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze dne.....

.....

Podpis

Pořadové číslo	Jméno čtenáře	č. ISIC karty	Bydliště	Datum